

DIE GESCHICHTE DER KINDERCHIRURGIE
IN DER UNIVERSITÄTSKINDERKLINIK IM
DR. VON HAUNERSCHEN KINDERSPITAL
IN MÜNCHEN

SIBYLLE STUMMER

1972

Aus der Kinderchirurgischen Klinik
(Direktor: Prof. Dr. W. Ch. Hecker)
der Universitäts-Kinderklinik München
im Dr. von Haunerschen Kinderspital

DIE GESCHICHTE DER KINDERCHIRURGIE IN DER UNIVERSITÄTS-
KINDERKLINIK IM DR. VON HAUNERSCHEN KINDERSPITAL
IN MÜNCHEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Sibylle Stummer
aus München

1972



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. W. Ch. Hecker

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 31.7.72

MEINEN ELTERN

IN DANKBARKEIT

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
I. <u>Grundsätzliches über die Kinderchirurgie</u>	
1. Der fortschreitende Spezialisierungsprozeß in der Medizin	3
2. Die Kinderchirurgie als Spezialität	4
3. Kinderchirurgie und Pädiatrie	8
II. <u>Das Hauner'sche Kinderspital und die Kinderchirurgie von der Gründung bis zur Angliederung an die Universität (1846-1886)</u>	
1. Das aufkommende pädiatrische Denken als Geburtshelfer der Kinderchirurgie	12
2. Entwicklungsgeschichte des Kinderspitals und dessen erste Wegbereiter	15
3. Die kinderchirurgische Tätigkeit im Spital	26
III. <u>Die Kinderchirurgische Abteilung der Universitätskinderklinik</u>	
1. Die Kinderchirurgie unter ihrem ersten Oberarzt Ottmar v. Angerer (1886-1891)	37
2. Die Verhältnisse in der Abteilung unter Wilhelm Herzog (1892-1914 bzw. 1918)	43
3. Die Zeit Richard Drachters (1914-1936)	50
IV. <u>Die Kinderchirurgie unter der Ära Oberniedermayr (1936-1969)</u>	
1. Anton Oberniedermayr: Der erste Ordinarius für Kinderchirurgie	64
2. Die Weiterentwicklung der Kinderchirurgie	71
V. <u>Die Kinderchirurgische Klinik seit der Berufung von W. Ch. Hecker</u>	82
Schlußbemerkung	89
Anhang 1: Lichtbild-Dokumentation	91
Anhang 2: Brief-Dokumentation	96
Quellenangaben	120
Literaturverzeichnis	121

EINLEITUNG

Das "Horchen auf den Gang der Geschichte", das der Präsident des 87. Deutschen Chirurgenkongresses 1970 in München, Prof. Lindenschmitt, den Versammlungsteilnehmern so eindringlich nahegelegt hat, ist eine berechtigte Mahnung, die retrospektive Betrachtungsweise in der Medizin nicht zu vernachlässigen, wenn wir den Blick in die Zukunft richten wollen. Wer die Medizin von heute verstehen will, muß wissen, wie es zu diesem Heute gekommen ist. Aus der Vergangenheit hat sich die Gegenwart entwickelt und in ihr liegt der Keim der Zukunft. Wenn sich das Bemühen der Vergangenheit als erfolgreich erwies, muß es der Gegenwart ein Ansporn sein, in der eingeschlagenen Richtung fortzuschreiten.

Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, den Werdegang der Kinderchirurgie, die in neuerer Zeit als aufstrebendes Sonderfach aus dem Kreis der chirurgischen wie auch der pädiatrischen Spezialitäten herausragt, am Beispiel der Münchner Verhältnisse von ihren ersten Anfängen bis zu ihrer heutigen Entwicklungsstufe aufzuzeigen. Sie will also einen geschichtlichen Verlauf nachzeichnen, an dessen Ende die uns heute selbstverständliche Erkenntnis steht, daß die Kinderchirurgie, die lange um ihre Anerkennung ringen mußte, aus der modernen Aufgabenverteilung in der Medizin nicht mehr wegzudenken ist. Der Wunsch nach möglichst wirksamer chirurgischer Hilfe für das Kind ist Ausgangspunkt und Ziel ihrer Emanzipation.

Für den Chronisten ist es besonders reizvoll, gerade die Entwicklung in München näher zu verfolgen, weil hier der Prozeß zur kinderchirurgischen Eigenständigkeit sich sehr frühzeitig vollzog und in der Errichtung des 1. kinderchirurgischen Ordinariats in der Bundesrepublik im Jahre 1966 am auffälligsten manifestierte. Als ersten Wegbereiter dieser Evolution finden wir in München einen philanthropischen Kinderarzt, dessen Andenken hier dadurch besonders lebendig geblieben ist, daß die Universitätskinderklinik mit seinem Namen verbunden ist und den Zusatz führt: "Dr.v.Haunersches Kinderspital". Auf die aus dem Werk Hauners hervorgegangene

Universitätskinderklinik und die dort zu beobachtenden kinderchirurgischen Anfänge und Fortschritte soll sich die nachstehende Darstellung beziehen. Dabei soll insbesondere dem Leben und Wirken jener Professoren, die durch ihre Persönlichkeit der Kinderchirurgie ihrer Zeit den Stempel aufgedrückt haben, der gebührende Raum gegeben werden. Aus Veröffentlichungen, Hinweisen aus Lehrbüchern und Berichten, Aufzeichnungen in Archiven, noch vorhandenen Jahrbüchern und Operationsstatistiken und nicht zuletzt in Gesprächen mit noch lebenden Zeugen und Gestaltern der Vergangenheit, denen an dieser Stelle gedankt werden darf, wurden die Steinchen gewonnen, aus denen sich das historische Mosaik zusammensetzt.

I.

GRUNDSÄTZLICHES ÜBER DIE KINDERCHIRURGIE

1. Der fortschreitende Spezialisierungsprozess in der Medizin

Bevor wir uns der Münchner Lokalgeschichte zuwenden, erscheint es angebracht, die Kinderchirurgie im allgemeinen entwicklungsmäßig zu verfolgen und ihren wissenschaftlichen Standort kurz zu umreißen. Die Geschehnisse und Leistungen der Vergangenheit bieten sich in ihrer Bedeutung und Kausalität am deutlichsten dar, wenn wir sie auf dem Hintergrund unserer heutigen Begriffsmaßstäbe sehen.

Die Spezialrichtung der Kinderchirurgie ist, wie schon ihr Name sagt, aus der Verschmelzung von Pädiatrie und Chirurgie entstanden. Sie ist das Ergebnis eines Spezialisierungsprozesses, den wir überall in der Medizin beobachten und der letztlich auf allen Wissensgebieten, vornehmlich im naturwissenschaftlichen Bereich, unaufhaltsam ist, weil die wachsende Fülle der Erkenntnisse zwangsläufig zu Differenzierungen führt. Die beschränkte Leistungsfähigkeit des menschlichen Geistes zwingt einfach zur Zerlegung des Wissensstoffes in Einzelfächer, um zu einer Vertiefung und Konzentration zu gelangen. Auf dieser kontinuierlichen wissenschaftlichen Verzweigung und Verästelung und ihrer wechselseitigen Befruchtung beruht unser ganzer Fortschritt.

So sind auch die Fortschritte der Medizin dieser Schwerpunktbildung zu danken. Die Auffächerung in Spezialgebiete, die zu Beginn des vorigen Jahrhunderts einsetzte, ist seitdem nicht mehr zum Stillstand gekommen und ist auch ein Vorgang, der ständig im Fluß bleiben wird. Vor allem seit dem letzten Kriege hat er eine sprunghafte Fortentwicklung genommen und dabei Erfolge hervorgebracht, welche oft die kühnsten Erwartungen zu übertreffen vermochten. Man braucht in diesem Zusammenhang nur an die Hers- und Gehirnochirurgie zu denken, die mit neuen Erkenntnissen und Operationsmethoden auf sich aufmerksam gemacht haben und im Begriffe sind,

zu einem Spezialfach ersten Ranges zu werden. Die Chirurgie kann überhaupt als Musterbeispiel dafür angesehen werden, daß eine Disziplin erst durch eine schwerpunktmäßige Aufgabenverteilung überzeugend unter Beweis stellen kann, was sie zu leisten imstande ist. Man mag das Spezialistentum in der Medizin bedauern, die Zeit des universell versierten Arztes ist jedoch ein für allemal vorbei. Dem intensiv ausgebildeten Facharzt, mehr noch dem ärztlichen Team-work gehört bereits die Gegenwart, erst recht die Zukunft. Schon Drachter (Lehrbuch, 1930) bemerkte, daß alle, die diese einfache Wahrheit leugnen, keinen Glauben verdienen und gerade ihnen, sobald sie in die unangenehme Lage kommen, sich selbst operieren lassen zu müssen, der Spezialist meist nicht spezialistisch genug sein kann.

Allerdings dauert es oft lange, bis ein medizinischer Arbeitszweig, nachdem er in ersten Ansätzen seine großen Entfaltungsmöglichkeiten offenbar machen konnte, den ihm zukommenden Platz im Rahmen der Gesamtmedizin einnehmen darf. Die Entwicklung der Kinderchirurgie ist ein Beweis dafür. Man hat es sich nicht immer leicht gemacht, die sich in den Weg stellenden Beharrungstendenzen zu überwinden und sich gegen die konservativen Strömungen durchzusetzen. Noch vor wenigen Jahren glaubte Oberniedermayr (1965), der Nestor der deutschen Kinderchirurgie, beklagen zu müssen, daß die Anerkennung der Kinderchirurgie trotz ihres bedeutsamen Aufstiegs noch nicht überall Gemeingut geworden ist. "Noch gehen wir", meinte er, "den dornenvollen Weg wie ihn die Pädiatrie gegen Ende des vorigen Jahrhunderts betreten hat". Indessen dürften solche Besorgnisse immer mehr in den Hintergrund rücken und man wird heute mit Hecker (Medical Tribune, 1968) sagen können, daß die Kinderchirurgie inzwischen zum anerkannten Glied der Chirurgenfamilie geworden ist. Auch konservative Kritiker können sich nicht weiter der Einsicht verschließen, daß die Chirurgenfamilie notgedrungen immer größer werden muß und die Aufrechterhaltung ihres organischen Zusammenhalts nicht davon abhängt, daß man ihren Gliedern die Anerkennung ihrer funktionellen Bedeutung versagt.

2. Die Kinderchirurgie als Spezialität

Die Spezialisierung innerhalb der praktischen Medizin ist von verschiedenen sich überschneidenden Einteilungsprinzipien ausgegangen. Es bildeten sich Fächer aus, die nach dem Geschlecht, nach Organen oder Organaystemen, nach topographischen, ätiologischen, soziologischen Gesichtspunkten ausgerichtet sind. Es ergab sich auch die Einteilung nach Altersstufen wie bei der Pädiatrie und die Abgrenzung nach den therapeutischen Mitteln wie es bei der Chirurgie gegenüber der inneren Medizin der Fall ist. Die Kinderchirurgie, die gewissermaßen das Bindeglied zwischen den beiden letztgenannten Differenzierungen darstellt, nimmt zur Kinderheilkunde etwa dieselbe Stellung ein wie die Chirurgie zur inneren Medizin. Sie besteht aber nicht einfach aus der Kombination chirurgischer und pädiatrischer Tätigkeit. Sie hat sich vielmehr zu einem eigenen Wissens- und Forschungszweig mit originärer Aufgabenstellung gewandelt und ist zu einer Chirurgie sui generis geworden.

Man kann nämlich das Kind nicht einfach als "Miniatur-Erwachsenen" (Spitsy, zit. bei Drachter 1930) behandeln. Die operative Behandlung muß vielmehr primär die besonderen physiologischen, anatomischen und funktionellen Gegebenheiten des Kindes berücksichtigen und darf vor allem die Wachstumsvorgänge (Breiten- und Längenwachstum) unter normalen und pathologischen Bedingungen nicht außer Betracht lassen. Jeder Eingriff hat grundsätzlich unter anderen Überlegungen stattzufinden wie beim Erwachsenen. In anatomischer Hinsicht ist die Kleinheit der Verhältnisse, insbesondere beim Säugling und Kleinkind, ein Faktor eigener Art, der den Operateur vor ungewöhnliche diagnostische und differentialdiagnostische Schwierigkeiten stellt und ihm eine spezielle Operationstechnik abverlangt. Spezifische Krankheitsbilder des Kindesalters, bestimmte Konstitutionsanomalien, die schon früh chirurgisch angegangen werden müssen, sowie die angemessene Form der Anaesthetie und nicht zuletzt eine entsprechende präoperative Vorbehandlung und postoperative Nachsorge spielen außerdem in der Kinderchirurgie eine entscheidende Rolle.

Aus diesen Gründen ist die Païdochirurgie nicht gleichzusetzen mit Chirurgie am Kind (Meissner, 1965) oder Chirurgie in verkleinerten Dimensionen. Die Situation kann nicht treffender als mit dem bekannten Ausspruch von Robert Gross in Boston gekennzeichnet werden, der einmal gesagt hat: "Man kann einen Erwachsenen zwar wie ein Kind operieren, das Kind jedoch nicht wie einen Erwachsenen."

Gewiß, es wird niemand bestreiten, daß die reine Routinechirurgie des Kindesalters wie etwa Appendektomie, Herniotomie, operative Beseitigung der Phimose usw. ebenso gut auch von einem pädiatrisch interessierten Allgemeinchirurgen ausgeführt werden könnte. Unabdingbare Voraussetzung ist natürlich, daß der von den Kinderchirurgen gesetzte Standard erreicht wird. Ebenso unbestritten ist aber auch, daß diejenigen Fälle, die aus dem Rahmen der Allgemeinchirurgie herausfallen, insbesondere die chirurgischen Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge, eine spezielle Ausbildung voraussetzen und in der Hand des Kinderchirurgen besser aufgehoben sind (Devens, 1966). Es ist darauf hingewiesen worden, wie wichtig Spezialkenntnisse sind, wenn es sich um die Erkennung von Fehlbildungen der Speiseröhre und des übrigen Intestinaltraktes oder die Diagnose des kongenitalen Darmverschlusses handelt. Neben dem Neugeborenen-Ileus gilt das insbesondere auch für die angeborenen Spaltbildungen, die Hiatushernie, Pylorusstenose, Drehungsanomalien des Magen-Darm-Kanals, das Megacolon congenitum, die Invagination, angeborene Fehlbildungen des Urogenitaltraktes u.a.m. Bei diesen Krankheitsbildern zeigt sich deutlich, wieviel von der Operationstechnik abhängt. In diagnostischer Beziehung ist noch zu bemerken, daß sich auch die röntgenologischen Methoden nicht einfach auf das Kleinkind übertragen lassen, wie ja auch bei der Bestrahlungstherapie auf den kindlichen Organismus besonders Bedacht genommen werden muß. Natürlich ist eine erfolgreiche Chirurgie, vor allem der Kleinstkinder ohne die verfeinerten Methoden der Anaesthesie nicht denkbar und erst seit das Narkoseproblem durch Einführung der Intubationsnarkose gelöst ist, gehören auch komplizierte Eingriffe zum sicheren Besitz des Kinderchirurgen. Die Oesophagusatresie ist hier-

für ein typisches Beispiel. Als spezifische Eigentümlichkeit der Kinderchirurgie muß man auch die empirisch herausgefundenen Richtzeiten für den adäquaten Operationstermin nennen, die bei der Behandlung vieler operativ zu korrigierenden Anomalien zu beachten sind. In der Neugeborenen- und Säuglingschirurgie ist z.B. die Beherrschung der parenteralen Ernährung ein Faktor von außerordentlicher Relevanz. Die neuesten Forschungen über die Pathophysiologie des Schocks haben uns die Erkenntnis vermittelt, daß sich die Kinderchirurgie, insbesondere wieder die Neugeborenen- und Säuglingschirurgie, vor pathophysiologische Probleme gestellt sieht, die in der Erwachsenen Chirurgie nicht in gleichem Maße auftreten. Man hat nämlich herausgefunden, daß die Schockreaktionen im Kindesalter zumindest quantitativ anders verlaufen als beim Erwachsenen, wobei sich nachweisen ließ, daß sich das Kind im Schock umso differenter verhält je jünger es ist. Die Aufdeckung und therapeutische Berücksichtigung dieser bisher unbekannten Schockmechanismen dürfte entscheidend dazu beitragen, bessere Voraussetzungen für eine wirksame Behandlung zu schaffen. Auf diesem Gebiet, auf dem in der Kinderchirurgischen Klinik in München neuartige Untersuchungen angestellt werden, sind sicher noch weitere aufsehenerregende Forschungsergebnisse zu erwarten. Durch die Tierversuche Dr. Hellmans (Habilitationsschrift 1971) konnte erstmals die Abhängigkeit der Überlebenszeit des jungen Organismus von den innersekretorischen Vorgängen und Einflüssen aufgezeigt werden. Eine Reihe von klinischen Beobachtungen wie die geringe Schocktoleranz der Neugeborenen und Säuglinge, die fallende Herz- und Atemfrequenz, die fallende Körpertemperatur, die schnell und stark einsetzende vorwiegend metabolische Azidose, die immer wieder überraschend schnell auftretende Dekompensation des Elektrolyt- und Wasserhaushalts in Schocksituationen haben durch diese Untersuchungen ihre experimentelle Bestätigung gefunden.

Die Kinderchirurgie unterscheidet sich also von der allgemeinen Chirurgie nicht lediglich dadurch, daß sie auf den Altersabschnitt zwischen Geburt und Pubertät beschränkt ist. Allein durch ihre Herausbildung als Spezialität hat sie ope-

ratives Neuland erschlossen, das vorher für unzugänglich gehalten wurde. Sie ist ja schließlich auch aus der Notwendigkeit heraus entstanden, meint Oberniedermayr (1965), chirurgisch kranke Kinder an den Errungenschaften der Chirurgie teilnehmen zu lassen und auch ihnen eine Behandlung zu geben, die man ihnen vorher nicht zumuten zu können glaubte.

3. Kinderchirurgie und Pädiatrie

Für die Kinderchirurgie ist freilich Voraussetzung ihrer Effektivität, daß der Kinderchirurg seiner "Doppel"-rolle gerecht werden kann. Dazu ist einerseits erforderlich, daß er selbst aus einem profunden pädiatrischen und speziellen physiologischen und pathophysiologischen Wissen schöpfen kann. Andererseits ist es für ihn wesentlich, seine Patienten in dem geeigneten Pflegemilieu zu wissen, dessen Einfluß auf den chirurgischen Heilerfolg gar nicht hoch genug eingeschätzt werden kann und auf das sich nicht nur der Arzt, sondern das ganze Pflegepersonal einzustellen hat. Außerdem müssen ihm die nötigen Arbeitsbedingungen eingeräumt werden, um das operierte Kind unter seiner ständigen und unmittelbaren Überwachung zu haben. Das Fehlen dieser Nachkontrolle würde geradezu der ärztlichen Sorgfaltspflicht zuwiderlaufen. Hecker führt hierzu den Standpunkt des Leipziger Kinderchirurgen Meissner an: "Es widerspricht der Verantwortlichkeit des Arztes, wenn er zwar die eingreifende operative Therapie einleitet, das Weitere jedoch einem Kollegen überläßt, dem Pädiater, der weder die möglichen chirurgischen Komplikationen übersehen kann, noch mit der Problematik der veränderten pathophysiologischen Bedingungen der postoperativen Krankheit vertraut ist."

Die Effektivität der Kinderchirurgie wird damit bis zu einem gewissen Grade zu einem Organisationsproblem. Abgesehen von der selbstverständlichen Harmonie der pädiatrischen und chirurgischen Zusammenarbeit, bedarf es einer geeigneten Krankenhausstruktur, die sowohl die Cooperation als auch die permanente Präsenz des Kinderchirurgen bei der prä- und postoperativen Versorgung ermöglicht, d.h. die Kinderchirurgie

sollte möglichst im gleichen Gebäude oder wenigstens in direkter Nachbarschaft der Kinderklinik untergebracht sein. Diese organisatorische Integration, die den Vorzug hat, daß der Kinderchirurgie der ganze komplizierte Apparat einer Kinderklinik (in räumlicher, ausstattungsmäßiger und personeller Hinsicht) zu gute kommt, kann auch heute als die elementare Forderung der Kinderchirurgie angesehen werden. Das Postulat der Anlehnung an die Pädiatrie finden wir eigentlich schon in dem von Hecker geprägten Satz versinnbildlicht: "Die Kinderchirurgie ist Kinderheilkunde mit anderen Mitteln."

Allerdings ist die Frage, ob die Kinderchirurgie nicht eher der allgemeinen Chirurgie angeschlossen werden soll, noch nicht völlig zur Ruhe gekommen. Für diese Lösung lassen sich auch einige Gründe anführen. Es besteht in diesem Fall z.B. der Vorteil, daß die technischen Einrichtungen simultan bereitgestellt und deshalb umso vollkommener sein können, daß außerdem die Kinderchirurgie leichter mit chirurgischen Assistenten versorgt werden kann und daß die Einbeziehung in den chirurgischen Vorlesungsplan reibungsloser von statten geht (Rehbein, 1967). Nach diesem Konzept ist die Kinderchirurgie in Heidelberg und zum Teil auch in Tübingen angelegt. Daß Tradition und unterschiedliche fachliche Standpunkte über die Organisationsform noch heute da und dort zum Tragen kommen, hat erst 1969 die ärztliche Auseinandersetzung in Wuppertal gezeigt, wo die Frage des Standorts der Kinderchirurgie geradezu zu einer Prestigefrage hochgespielt wurde (Schmahl, 1969). Jedoch erblickt die herrschende Meinung sonst ziemlich kompromißlos in der obengenannten Auffassung die systemgerechte Lösung, die auch Hecker in der Wuppertaler Krankenhausauffaire nachdrücklich betont hat: "Im Interesse des Kindes gehören Kinderchirurgie und der Kinderarzt unbedingt unter ein Dach." Und die Meinung Oberniedermayrs: "Zu der erfolgreichen Behandlung von Kindern gehört das Milieu des Kinderkrankenhauses; Kinderchirurgen der ganzen Welt treten dafür ein, daß der Kinderchirurgie ein Platz in den Kinderkliniken eingeräumt wird." Damit wird automatisch das "pädiatrische Filter" (Rehbein, Hecker) hergestellt, das vor allem für Neuaufnahmen von Bedeutung ist. Diese Organisa-

tionsform treffen wir bei der Münchner Kinderchirurgie an.

Hecker hat erst jüchst in einer Studie (Der Kinderarzt, 1971) fünf mögliche Beispiele der Institutionalisierung der Kinderchirurgie unter dem Gesichtspunkt ihrer Zweckmäßigkeit abwägend gegenübergestellt und dabei die Form der Angliederung an die Pädiatrie als den optimalen Zustand bezeichnet, solange sich der Modellfall I (Gesamtklinikum aller medizinischen Spezialitäten) nicht verwirklichen läßt.

Bei aller positionsmäßigen Orientierung zur Pädiatrie kann natürlich die Kinderchirurgie nie aus dem Auge verlieren, daß sie ihr Dasein auch aus der allgemeinen Chirurgie ableitet und in Zukunft auch deren Impulse braucht. Hierbei darf aber nicht übersehen werden, daß auch die allgemeine Chirurgie wichtige Erkenntnisse aus der Kinderchirurgie schöpfen kann, daß also der notwendige Kontakt ein gegenseitiger sein muß. Der wissenschaftliche Standort kann daher nicht ausschließlich bei der Pädiatrie liegen. In der vorgenannten Studie der Kinderchirurgie ist für die Praxis folgende Grundregel herausgearbeitet worden: die allgemeine Chirurgie ist maßgebend im Fortschritt der Operationstechnik und im Operationsbetrieb, im übrigen bestimmt die Pädiatrie den Fortschritt und erläßt die als verbindlich anzusehenden pädologischen Grundsätze, die von der Chirurgie zu befolgen sind. Dabei ist schon heute zu sehen, daß Kinderchirurgen in eigenen Forschergruppen gleichermaßen pädologische, operationstechnische und spezifisch kinderchirurgische Arbeiten und wertvolle wissenschaftliche Fortschritte lieferten.

Daß auf dieser Linie die großen Chancen der Kinderchirurgie liegen, ist nicht zuletzt aus der interessanten Tatsache ersichtlich, daß sie ihre entscheidenden Anregungen und bemerkenswerterweise auch ihre Lehrbücher ausschließlich solchen Wissenschaftlern verdankt, deren kinderchirurgische Abteilung im Komplex einer Kinderklinik gelegen war (Hecker, 1969). Aus der Symbiose Pädiatrie/Kinderchirurgie resultieren schließlich die vielseitigen Errungenschaften und aufsehen-erregenden Erfolgsstatistiken der letzten 25 Jahre, auf welche sich die Kinderchirurgie zur Begründung ihres Selbstän-

digkeitsanspruchs stützen kann. Die Arbeits- und Forschungsergebnisse einzelner Kinderchirurgen haben inzwischen weitweite Anerkennung und Verbreitung gefunden, auch in der allgemeinen Chirurgie. Es sei hier nur an den Operationserfolg von Haigh, Leven und Ladd erinnert, bei dem 1944 durch primäre Oesophagusanastomose das erste Kind mit Oesophagusatresie am Leben erhalten werden konnte. Heute liegen die Erfolgszahlen zwischen 40 - 70 %. Ähnlich günstige Erfolgsziffern konnten (nach Feststellungen Heckers) bei anderen Fehlbildungen erzielt werden wie bei Neugeborenenileus, Morbus Hirschsprung, Myelomeningocele, Omphalocele und hohen Analatresien. Das von Swenson zur Korrektur des Morbus Hirschsprung vorgeschlagene Operationsverfahren hat sich auch zur operativen Behandlung des Dickdarmcarzinoms bewährt. Ein Pädiater war an der Entwicklung eines Ventils beteiligt, mit dem die Hydrocephalusbehandlung grundlegend verbessert werden konnte. In England und Amerika entstanden auf Initiative von Kinderchirurgen und Pädiatern sog. Myelocelen-Behandlungszentren. Auch an der Entwicklung der Herzchirurgie hatten Kinderchirurgen maßgeblichen Anteil. Besonders eindrucksvoll sind die bahnbrechenden Erfolge auf dem Gebiet der Neugeborenenchirurgie. Wenn es noch eines Beweises für die Berechtigung einer auf eigenen Füßen stehenden Kinderchirurgie bedürfte, so kann dieser durch nichts Überzeugender dargetan werden als durch die Erfahrungen Heckers, der für die Neugeborenenchirurgie eine Senkung der Sterblichkeitsquote von 54 % auf 27 % ermittelt hat, seitdem die chirurgisch kranken Kinder auf eigenen Abteilungen behandelt werden.

II.

DAS HAUNER'SCHE KINDERSPITAL UND DIE KINDERCHIRURGIE VON DER GRÜNDUNG BIS ZUR ANGLIEDERUNG AN DIE UNIVERSITÄT (1846-1886)

1. Das aufkommende pädiatrische Denken als Geburtshelfer der Kinderchirurgie

Die Anfänge kinderchirurgischer Tätigkeit reichen in München in die 1. Hälfte des vorigen Jahrhunderts zurück. Vor dieser Zeit konnte es eine gezielte chirurgische Versorgung für die Kinder nicht geben, da noch keine Kinderspitäler bestanden, ohne die eine kinderchirurgische Tätigkeit nennenswerten Umfangs nicht denkbar ist. Es bot sich höchstens der Weg ambulanter Versorgung, die aber über die Behandlung von Eiterungen und Verletzungen nicht hinaus gegangen sein dürfte. Soweit in Einzelfällen einschneidende chirurgische Eingriffe vorgenommen sein mögen, könnten sie nur bei ärztlichen Hausbesuchen praktiziert worden sein. Darüber ist uns aber nichts überliefert. Die Behandlung in Krankenhäusern für Erwachsene kam nur in seltenen Fällen und höchstens für ältere Kinder in Betracht. Für kranke Kinder in den ersten Lebensjahren lag die ärztliche Betreuung sehr im Argen. Auch die Spitäler in München sahen in ihren Aufnahmebedingungen vor, daß höchstens Kinder über 10 Jahre Aufnahme finden durften. Sie wurden dann klinisch den Erwachsenen gleichgestellt, aber die Pflegeverhältnisse ließen für sie noch mehr zu wünschen übrig als bei diesen.

Aus den Anschauungen früherer Zeiten ist es zu erklären, daß das Kind einst überhaupt in erschreckendem Maße der Fürsorge entbehrte und seine Krankheit als unabwendbarer Schicksalsschlag hingenommen wurde, gegen den ärztliche Kunst nicht viel auszurichten vermag. Die Kindersterblichkeit war sehr hoch. Um die ärztliche Versorgung von Kleinkindern, insbesondere Säuglingen, hat man sich erst gar nicht bemüht. Die Hospitäler sträubten sich schon deshalb gegen die Aufnahme von Patienten im Kindesalter, weil sie die Mortalitätsziffer nicht dadurch belasten wollten. Wenn davon berichtet wird

(Oberniedermayr, 1965), daß schon 1614 zur Zeit Ludwigs XIII. im Hospital in Lyon eine eigene operative Kinderabteilung unter dem Chirurgen Mosnier, der somit als erster Kinderchirurg der Welt angesprochen werden darf, eingerichtet war, so hat es sich hier nur um eine Ausnahmerecheinung gehandelt, die nicht verallgemeinert werden darf. Anderwärts lassen sich solche frühen Beispiele der Hospitalisierung nicht feststellen und die Verhältnisse waren sonst allgemein noch lange so, daß die Krankheiten des Kindesalters der ärztlichen Fürsorge und Aufmerksamkeit entzogen blieben, weil zur stationären Unterbringung von Kindern keine Gelegenheit bestand.

Erst die zunehmende Humanisierung machte die Unhaltbarkeit dieses Zustandes offenbar und war der Anlaß, daß allenthalben Kinderspitäler gegründet wurden. Man versuchte schleunigst nachzuholen, was frühere Zeiten in der Fürsorge für das kranke Kind versäumt hatten. Dabei mag wohl auch das allmählich wachsende medizinische Interesse an einer genaueren wissenschaftlichen Erforschung der Kinderkrankheiten eine Rolle gespielt haben. Die entstehenden pädiatrischen Anstalten gaben dann den Anstoß, sich auch chirurgisch mit dem Kind zu befassen. Der Beginn Kinderchirurgischer Tätigkeit fällt also regelmäßig zusammen mit der Errichtung der Kinderspitäler, so daß man sagen kann: die Geschichte der Kinderspitäler ist zugleich die Geschichte der Kinderchirurgie.

Soweit bereits pädiatrische Ambulatorien bestanden (wie seit 1787 in Wien das "Erste öffentliche Kinderkrankeninstitut" oder seit 1793 in Breslau das "Institut für arme Kinder") war man bestrebt, diese Einrichtungen zu eigentlichen Krankenanstalten umzugestalten. Private Polikliniken, die sich für den Krankenhausbetrieb nicht eigneten, gingen nach dem Tode ihres Gründers zumeist wieder ein wie z.B. das 1769 in London errichtete "Dispensary for sick children". 1830 wurde in Deutschland erstmals eine besondere Kinderabteilung in der Berliner Charité eröffnet. 1834 folgt das Nicolai-Kinderhospital in Petersburg, 1837 das St. Annen-Kinderhospital in Wien, 1838 die später unter dem Namen "Wilhelm-Augusta-Kinderhospital" bekannte Anstalt in Breslau. Von da an bis 1850

sind in zahlreichen deutschen und europäischen Städten Kinderkrankenanstalten errichtet worden, z.B. in Hamburg, Stuttgart, München, Prag, Turin, Graz, Frankfurt usw. Die meisten Anstaltsgründungen fallen in die Zeit zwischen 1850-1870, so das bekannte von Ch. West 1852 in London begründete "Great Ormondstreet Hospital for sick children", ferner die Kinderhospitäler in Basel, Stettin, Kopenhagen, Stockholm, Heidelberg, Zürich, Rom, Moskau und in vielen anderen Städten (Ranke, 1896).

Die Umstrukturierung der vorwiegend privaten Hospitäler in Universitätskinderkliniken ging in Deutschland nur zögernd vor sich. Außer in Berlin bildete zunächst nur die Kinderheilanstalt in Würzburg, wo auch die erste ordentliche Professur für Kinderheilkunde in Deutschland errichtet wurde, einen wesentlichen Bestandteil der Hochschule (Peiper, 1958). Noch um die Jahrhundertwende bestand nur an 8 Universitäten eine Kinderklinik. Die Entwicklung zu einer leistungsfähigen, wissenschaftlichen Kinderheilkunde verlief in Deutschland überhaupt viel langsamer als in anderen europäischen Ländern. Die deutsche Pädiatrie wurde deutlich vom Ausland überflügelt und war darauf angewiesen, von dessen Errungenschaften zu profitieren (G. Joppich, 1959). Der Rückstand wurde aber rasch aufgeholt, als einige bedeutende Kinderärzte an deutsche Universitäten berufen wurden und neue Maßstäbe setzten z.B. E. Feer in Heidelberg, A. Czerny in Breslau. Auch M. v. Pfaundler in München gehört zu den großen pädiatrischen Wegbereitern ebenso wie Cl. v. Pirquet, der bald nach ihm über Baltimore vorübergehend nach Deutschland kam. Otto Heubner in Berlin (1894 - 1913) war der erste, der eine eigentliche kinderärztliche Schule in Deutschland begründete (Peiper, 1958). Durch diese Männer wurde eine so glänzende Entwicklung der deutschen Kinderheilkunde eingeleitet, daß sie ihrerseits Weltgeltung erlangen konnte und Ärzte aus aller Herren Länder an die deutschen Forschungsstätten kamen, um Kinderheilkunde zu erlernen (G. Joppich, 1959). Eine neue Phase der pädiatrischen Evolution war angebrochen im "Jahrhundert des Kindes", wie die Schwedin Ellen Key in ihrem 1900 erschienenen Buch diese Epoche der soziologischen Emanzipation des Kindesalters bezeichnete, die sich auf allen Gebieten

bemerkbar machte. Der Aufschwung der Kinderheilkunde führte unausweichlich dazu, daß an allen Universitäten der Neubau oder Ausbau von Kinderkliniken vordringlich in Angriff genommen wurde, daß man überall ordentliche Lehrstühle schuf und daß die Pädiatrie zur Pflichtvorlesung, seit 1917 schließlich zum Prüfungsfach im Staatsexamen erhoben wurde (G. Joppich, 1959).

Daß die deutsche Pädiatrie in ihrer frühen Entwicklungsstufe gegenüber dem Ausland nachhinkte, wird hauptsächlich darauf zurückgeführt, daß in Deutschland zu wenig Findelhäuser vorhanden waren, die anderwärts das aufkommende pädiatrische Interesse auf sich lenkten und insbesondere reichlich Gelegenheit boten, klinische Säuglingskunde zu praktizieren. In die Findelanstalten kamen zwar grundsätzlich nur gesunde Kinder, die Versorgung darin war aber so rückständig und schlecht, daß sie zur Brutstätte aller möglichen Krankheiten wurden und die Kinder laufend ärztliche Hilfe benötigten. Dadurch ergab es sich vielfach von selbst, daß die ersten Kinderhospitäler aus den bestehenden Findel- und Waisenhäusern hervorgingen. Am bekanntesten ist das "Hospital des Enfants malades" in Paris, das 1802 aus dem Mädchenwaisenhaus "Maison de l'enfant Jésus" entstanden ist.

2. Entwicklungsgeschichte des Kinderspitals und dessen erste Wegbereiter

Auch in München gab es zu Anfang des 19. Jahrhunderts einige Findel- und Waisenhäuser. Noch 1783 ließ der Magistrat erst ein neues Findelhaus in der heutigen Pettenkoferstraße, die damals Findlingsstraße hieß, erbauen. Auf Grund eines königlichen Dekrets von 1802 verfielen aber diese Anstalten der Auflösung, weil die dort herrschenden Zustände nicht befriedigten und man mit der Unterbringung der Findel- und Waisenkinder bei ländlichen Pflegeeltern wesentlich bessere Erfahrungen machte. Nur eine einzige Anstalt, die später zum allgemeinen städtischen Waisenhaus umgebildet wurde, blieb erhalten. So kam es, daß auch in München, obwohl die Verbedingungen dafür gegeben gewesen wären, die Entstehung der er-

sten Kinderkrankenanstalt nicht auf solche Häuser zurückging. Der privaten Initiative einzelner Ärzte war es vielmehr zu danken, daß hier, im Vergleich zu anderen deutschen Städten sogar relativ früh, pädiatrische Einrichtungen geschaffen wurden.

Die 1. Gründung dieser Art war die Reiner'sche Privatheilstalt. Sie wurde 1818 von dem Münchner praktischen Arzt Dr. Franz Xaver Reiner eingerichtet und befand sich zuerst in dessen Privatwohnung in der Löwengrube Hs.-Nr. 1398, bis sie 1827 in ein eigenes Haus, das ehemalige Gendarmeriegebäude am Obstmarkt, übersiedeln konnte, das der Stadtmagistrat Dr. Reiner überlassen hatte. Die Unterhaltskosten, insbesondere die Ausgaben für Arzneien, wurden "theils durch wohlthätige Beyträge, theils durch Munifizenz des Königs" bestritten. Diese Gründung kann aber noch nicht als Vorläuferin der Universitäts-Kinderklinik angesehen werden, denn mit der Behandlung war keine klinische Betreuung und Unterbringung verbunden. Sie war vielmehr ein Ambulatorium und bezeichnete sich auch als "Besuchsanstalt für kranke Kinder und Augenkranke", "... wobey die Kranken theils persönlich zum Arzt ins Haus kamen oder gebracht wurden, theils in ihren Wohnungen besucht und behandelt wurden " (Wibmer, 1862). In dieser Besuchsanstalt, die als die Keimzelle der heutigen Kinderpoliklinik der Universität München gelten kann, wurden von 1818 - 1830 insgesamt 5218 Kinder behandelt und "hiebey zugleich jungen angehenden Ärzten Gelegenheit zur praktischen Ausbildung in der Behandlung von Kinder- und Augenkrankheiten gegeben." Bei der Behandlung wurde zwischen "inneren" und "äußeren" Krankheiten unterschieden. Unter die letzteren fallen wohl auch die chirurgischen Fälle, aber über Art und Umfang der chirurgischen Tätigkeit ist uns nichts Näheres bekannt. Wir wissen nur, daß die "äußeren" Krankheiten im Durchschnitt etwa die Hälfte der "inneren" Fälle ausmachten. Bei der Angabe der Letalitätsquote sind die "äußeren" Fälle nicht gesondert ausgewiesen.

Die Reiner'sche Besuchsanstalt, die nach dem Tode ihres Gründers im Jahre 1837 von seinen Assistenten Dr. Wimmer fortgeführt wurde und nach ihrer Aufgliederung in 2, auch

räumlich getrennte Abteilungen noch bis 1863 bzw. 1871 bestand, erlangte im Laufe der Zeit eine immer größere Bedeutung für München und hatte in den letzten Jahren ihres Bestehens eine fast ebenso hohe Behandlungsziffer in der Ambulanz aufzuweisen wie das Hauner'sche Kinderspital.

Unabhängig von Dr. Reiner, aber sicher angeregt durch dessen Pioniertat beschloß 1845 der 34-jährige praktische Arzt Dr. Hauner ein Kinderspital in München nach dem Vorbild des St. Annen-Kinderhospitals in Wien zu schaffen. Dr. Hauner war gerade erst von Wien zurückgekehrt, wo er dieses eben neuerrichtete Institut kennengelernt hatte, das damals die 1. Kinderklinik auf deutschem Boden darstellte und von Dr. Mauthner mit 12 Betten in Betrieb genommen wurde. Diese Gründung gab ihm wohl den entscheidenden Impuls für seinen Entschluß und er legte auch ihre Statuten seinen gleichartigen Plänen zu Grunde. Es gelang ihm einflußreiche Persönlichkeiten als Gönner und die Unterstützung des Bayerischen Hofes zu finden und durch Spenden und ein eigenes Gründungskapital von 1000 Gulden "in Baarem und für Betten" die nötigen Mittel zusammenzubringen, die es ermöglichten, am 1.8. 1846 in einer bescheidenen Mietwohnung von 4 kleinen Zimmern in der Sonnenstr. 27 das Hospital mit 6 Betten zu eröffnen. Dieses kleine, unscheinbare Gebäude mit Schindeldach in der Sonnenstraße, das nördlich der alten protestantischen Kirche gelegen war, ist die Geburtsstätte unserer jetzigen Universitäts-Kinderklinik, die nach § 1 der 1858 revidierten Statuten den Namen ihres Gründers für alle Zeiten zu tragen hat. Über das Ziel des Wohltätigkeitsvereins, der als Träger des kleinen Privatunternehmens fungierte und anfangs 283 und im folgenden Jahr bereits 373 Mitglieder hatte, war in den Statuten festgelegt, daß die Anstalt "der unentgeltlichen Aufnahme, Behandlung und vollständigen Verpflegung armer kranker Kinder in einem Alter von 14 Tagen bis 12 Jahren in eigenen Localitäten und Betten diene" (Miller, 1964).

Seit der Gründung des Spitals wurden jeweils Jahresberichte veröffentlicht, die für uns der wichtigste Anhaltspunkt für seine Entwicklung und das Ausmaß der ärztlichen Tätigkeit

sind. Wir entnehmen daraus, daß bereits im 1. Jahr 358 Kindern ärztliche Versorgung zuteil wurde, davon 102 stationär, den übrigen ambulant. Von Anfang an war auch die chirurgische Behandlung in die Aufgabe des Spitals einbezogen, da Hauner von der Ansicht ausging, daß ein Kinderarzt pädiatrisch und chirurgisch gleich beschlagen sein müsse.

Allerdings scheint zunächst das Mißtrauen der Bürger gegenüber dem Spital noch ziemlich groß gewesen zu sein, da es für sie etwas gänzlich Neues war, ihre erkrankten Kinder aus dem Haus und in fremde Pflege zu geben. Die Belegung war in der ersten Zeit manchmal noch so schwach, daß Hauner einmal, als sich die Königin, die das Protektorat über die Anstalt übernommen hatte, zu einem Besuch ansagte, die 6 Betten mit Kindern aus dem Ambulatorium füllen mußte. Bis die Voreingenommenheit der Bevölkerung überwunden war, sah sich Hauner genötigt, den Schwerpunkt seiner ärztlichen Tätigkeit auf die Ambulanz und die Hausbesuche zu legen.

Bald erfreute sich aber das Hospital eines größeren Zuspruchs. Schon im 3. Jahr erweist sich die Unterbringung in der Sonnenstraße als unzureichend und Hauner kann durch den Erwerb eines eigenen Hauses in der Järgergasse 9 (in Schwabing gegenüber der evangelischen Markuskirche) die Bettenzahl auf 16 vergrößern. Hauner schreibt darüber: "Obwohl dieses Gebäude viele Mängel hat, in einer engen, ziemlich unreinen Gasse liegt, an ein Wirtshaus angrenzt, so hatte es doch vor vielen anderen angebotenen oder vorgeschlagenen den Vorzug, daß es von allen Seiten frey steht und in seiner Hauptfront einen großen schönen Garten vor sich hat, der Sonne viel ausgesetzt und zumal für das Ambulatorium sehr günstig gelegen ist." Die Frequenz stieg 1849 auf 773, davon 84 chirurgisch kranke Kinder. Auch bot das neue Domizil für den klinischen Unterricht wesentlich bessere Möglichkeiten als das Spital in der Sonnenstraße. Ein großer Fortschritt war es, daß seit 1853 der Orden der Barmherzigen Schwestern (1 Oberin und 3 Schwestern) die innere Leitung und Pflege im Spital übernahm. Vorher mußte Hauner zur Versorgung der Kranken "Mägde dinge".

Seit 1858 wurden nicht nur in München beheimatete Kinder, sondern solche aus ganz Oberbayern im Spital aufgenommen; arme "mit chirurgischen oder skrophulösen Leiden behaftete Kinder wurden nach Thunlichkeit unentgeltlich" aufgenommen. Unheilbar Kranke blieben jedoch weiterhin ausgeschlossen. Ebenso wurden Kinder mit ansteckenden Krankheiten unter Hinweis auf die Raumnot abgewiesen. Konfessionelle Rücksichten fanden nicht statt. "Nicht arme Kinder fanden Aufnahme gegen Vergütung, welche sich nach dem Vermögen des Kranken und den jeweiligen Preisen für Lebensmittel richtet" (Wibmer, 1862). Allmählich erhielt die Privatheilanstalt schon mehr den Charakter einer halb-öffentlichen Anstalt, zumal sie vom Magistrat München und dem Bezirk Oberbayern laufende Zuschüsse bekam. Die Frequenz war inzwischen auf 3064, davon 349 stationäre Fälle angewachsen. Die Eigentumsverhältnisse am Spital waren aber immer noch so, daß das Unternehmen den einzelnen, durch Geld- oder Sachleistungen beisteuernden Mitgliedern gehörte (§ 15 der Statuten) und von einem Ausschuß repräsentiert wurde, der sich zusammensetzte aus der Vereinsvorsitzenden (Freifrau v. Gumpenberg) und deren Stellvertreterin, dem Direktor der Anstalt und dessen Stellvertreter, dem beisitzenden Arzt, 4 weiblichen Vereinsangehörigen, einem Nichtarzt, einem Kassier und einem Kontrolleur. Hauner wurde gleichzeitig als Direktor auf Lebenszeit bestätigt. Erst 1865 erhielt das Spital die Rechtspersönlichkeit verliehen und wurde als öffentliche Wohltätigkeitsanstalt anerkannt.

Schon seit 1855 strebte Hauner angesichts der stetigen Aufwärtsentwicklung des Spitals einen Neubau mit einer Kapazität von 30 Betten an. Seine Bemühungen führten jedoch lange Zeit zu keinem Ergebnis, obwohl ihm von allen Seiten versichert wurde, daß "der Bestand des Spitals für die Stadt eine enorme Wohltat ist." Er konnte lediglich im Jahre 1859 durchsetzen, daß das Haus an der Jägerstraße durch den Aufbau eines Nebengebäudes um ein Stockwerk vergrößert und so immerhin auch auf eine Belegfähigkeit von nahezu 30 Betten gebracht wurde. Aber die finanziellen Belastungen sind dadurch nicht geringer geworden und überstiegen allmählich immer

mehr die Leistungsfähigkeit des Vereins. Ende der 60er Jahre wurde die Abhilfe dieser wirtschaftlichen Schwierigkeiten, aber auch die Notwendigkeit einer Erweiterung und Modernisierung immer dringlicher. Im Jahre 1875 rückte schließlich das Neubauprojekt in greifbare Nähe, als Hauner mit staatlicher und städtischer Unterstützung (Genehmigung einer Lotterie und Überlassung billigen Baugeländes) an der Ecke Lindwurm- und der damals noch nicht eröffneten Goethestraße ein entsprechendes Areal beschaffen konnte. 1880 war es dann endlich nach vielen Hindernissen und Schwierigkeiten so weit, daß der Grundstein für das heutige Kinderklinikgebäude, das nach den Plänen des Baurats Zenetti errichtet wurde, gelegt werden konnte. Voller Freude schreibt Hauner damals in einem Jahresbericht: "Das Jahr 1880 wird in der Geschichte unseres Kinderspitals mit einem besonderen Marksteine zu bezeichnen sein. Das lang angestrebte Ziel ist erreicht." Vorher mußte aber nochmals eine höchst kritische Situation gemeistert werden, weil das Haus in der Jägerstraße 1876 voreilig verkauft worden war, sodaß für das Haunerspital die Gefahr bestand, bis zur Fertigstellung des Neubaus obdachlos zu werden. Zum Glück konnte es in der Zwischenzeit in einem städtischen Anwesen in der oberen Gartenstraße 9 (der heutigen Kaulbachstraße), das Prof. v. Maurer der Stadt für Wohltätigkeitszwecke geschenkt hatte, eine vorübergehende Heimatstätte finden. Diese Notlösung bot immerhin Platz für 41 Betten, auch wenn sie sonst den Vorstellungen Hauners gar nicht entsprach.

Am 15. 5. 1882 fand die feierliche Eröffnung der neuen Kinderklinik statt. Hauner war an diesem seinem Ehrentag bereits schwer leidend, so daß ihm die Verlesung der Eröffnungsrede sichtlich Mühe machte (Ranke, 1896). Sein Gesundheitszustand hatte ihn schon vor längerer Zeit dazu gezwungen, einen großen Teil der Dienstgeschäfte an seinen Schwiegersohn, den kgl. Hofstabsarzt Dr. v. Halm zu übertragen und diesen ab 1877 als seinen Stellvertreter einzusetzen. Es war Hauner nicht mehr beschieden, sich lang an seinem Werk zu erfreuen. Am 11. 6. 1884 erlag er einer Lungenentzündung. Sein Lebenswerk kann nicht schöner gewürdigt werden als mit

den ehrenden Worten, die bereits im Jahresbericht für 1882 über ihn enthalten sind: "Dr. Hauner kann mit gerechtem Stolz und größter Befriedigung auf das Ergebnis seines 35-jährigen Strebens zurückblicken. Er hat ein großes Werk geschaffen und den Segen vieler Tausende sich erworben."

August Hauner wurde am 29. 10. 1811 in Neumarkt a. d. Rott geboren, besuchte das Gymnasium in Landshut, studierte in München und Wien und promovierte 1835 in München mit der Arbeit "De feбри puerperali." Nach weiteren wissenschaftlichen Studien in Wien wandte er sich dem Spezialgebiet der Kinderheilkunde zu. Er eröffnete zunächst in Thann (Ndb.) als "Dr. d. Medizin und Chirurgie" eine Arztpraxis und ließ sich anschließend in Murnau nieder. Der Sprung nach München gelang ihm 1845 nur im Tauschwege mit einem gewissen Dr. Petzen-dorfer. Für diesen Tausch waren ausschließlich persönliche Gründe maßgebend, nämlich einmal der Tod seines Schwiegervaters, des Notars Göttinger, wodurch seine Schwiegermutter des Beistands bedurfte, dann die bessere Ausbildungsmöglichkeit für seine Tochter und schließlich die Krankheit seiner Frau Maria, die an Schwermut litt und wegen der er es "als seine heilige Pflicht ansah, nach München zu streben, ungeachtet pekuniärer Rücksichten, um sie nicht zu opfern." Hier erwarb er sich rasch den Ruf des meistbeschäftigten Kinderarztes. 1848 habilitierte er sich als Privatdozent für Kinderheilkunde. 1858 erfolgte in Anerkennung seiner Verdienste als Lehrer seine Ernennung zum Professor honorarius, gleichzeitig wurde er geadelt und zum Leibarzt des Prinzen Ludwig ernannt. Zahlreiche größere und kleinere Abhandlungen über Kinderkrankheiten, Pflege und Ernährung der Kinder legen Zeugnis ab von seiner wissenschaftlichen Vitalität. Als erster hat er die überragende Bedeutung der richtigen Ernährung im Kindesalter erkannt. Seine Umsicht und sein praktischer Sinn lassen ihn sich aber nicht mit theoretischer Aufklärung begnügen, sondern er veranlaßte auch selbst unter Binschaltung des Gutsbesitzers Dall'armi die Herstellung einer einwandfreien Kindermilch. Unter den Auszeichnungen, die ihm zuteil wurden, seien die Verleihung des Ritterkreuzes des St.-Michaelordens und des Ritterkreuzes

des Verdienstordens der Bayerischen Krone genannt. Hauner starb den Münchnern unvergessen als höchst erfahrener Facharzt und opferwilliger Freund der armen Kinder, den Pädiatern wohlbekannt als Verfasser beachtenswerter wissenschaftlicher Abhandlungen über Kinderkrankheiten. Er war ein von seiner Aufgabe und seiner Pflicht dem kranken Kinde gegenüber besessener Arzt und Idealist. Im Jahresbericht 1853 schrieb er: "Der Lohn ist nur das Bewußtsein, eine gute Sache unterstützt zu haben; die Kinderheilkunde ist nicht Arbeit um Lohn oder Erwerb."

Nach dem Tode Hauners wurde sein Schwiegersohn Dr. von Halm bis auf weiteres mit der Leitung des Spitals betraut. Dr. Alfred von Halm (geb. 1844 in Speyer als Sohn des Direktors der Hof- und Staatsbibliothek, Prof. Dr. Karl von Halm, gest. 1919 in München) war ursprünglich Militärarzt. Nach dem Kriege 1870/71 schied er aus dem aktiven Dienst aus und wurde Landwehrbezirksarzt und später Stabsarzt des Beurlaubtenstandes. Unter König Ludwig II. erfolgte seine Ernennung zum Hofstabsarzt, als welcher er auch an der Sektion der Leiche des Königs teilnahm. Seit 1883 stand er als Leiter des Hofmedizinalwesens im Dienst der Bayerischen Krone und war langjähriger Leibarzt des Prinzregenten Luitpold bis er 1904 als Geheimer Hofrat und Generalarzt à la suite des Sanitätskorps in den Ruhestand versetzt wurde.

Nach Hauners Ableben zeigte sich, daß mit dem Klinikneubau die finanziellen Anforderungen an die Anstalt so erheblich angestiegen sind, daß der Verein nicht mehr imstande war, ihnen gerecht zu werden. Die Vorsitzende des Vereinsausschusses, Freifrau v. Speidl, schrieb an die Königin: "Das Dr. v. Hauner'sche Kinderspital hat eine Ausdehnung genommen, welche es zweifelhaft erscheinen läßt, ob dasselbe mit den Kräften, wie sie einem Privatvereine zur Verfügung stehen, dauernd weitergeführt werden kann ...". In einem Ministerialerlaß vom 26. 5. 1886 heißt es schließlich: "Die Universität München entbehrt einer Kinderklinik. Dieser Mangel ist umso empfindlicher, als die Behandlung der Kinderkrankheiten einen der wichtigsten Teile der Heilkunde bildet und nur am Krankenbett mit Erfolg gelehrt werden kann. Der Ver-

ein für das v. Hauner'sche Kinderspital, dessen verdienstvolles, opferwilliges Wirken auch vom Magistrat der k. Haupt- und Residenzstadt München stets unterstützt und gefördert wurde, faßte, von der Notwendigkeit klinischen Unterrichts überzeugt, den hochherzigen Entschluß, diese Anstalt dem Staate zum Eigentum zu übergeben."

Am 3. 11. 1886 wurde die Schenkungsurkunde von den Vertretern des Kinderspitals einerseits und dem Magistrat der Stadt und der Staatsregierung andererseits vor dem Notar Karl Pürkhauer unterzeichnet. In der Vertragsurkunde war stipuliert, daß der Name "Dr. v. Hauner'sches Kinderspital" beibehalten werden solle, auch daß das Stammkapital des Vereins zur unentgeltlichen Behandlung von armen Münchner Kindern Verwendung finden soll. Die Übergabe der Anstalt an den Staat erfolgte in feierlicher Form in einem Festakt, bei dem gleichzeitig Prof. Dr. v. Ranke zum neuen Direktor ernannt wurde.

Die Besetzung des Direktorpostens ging nicht ohne Tauschen vor sich. Die medizinische Fakultät hatte am 27. 7. 1886 zunächst den Vorschlag gemacht, Dr. Alfred Vogel, der von 1866-1886 Professor in Dorpat war und als Verfasser des ersten deutschsprachigen Lehrbuchs der Kinderkrankheiten bekannt ist, zum Vorstand zu berufen, während Ranke unter diesem Oberarzt werden sollte. Da dieser Vorschlag vom Ministerium für Unterricht und Kultus abgelehnt wurde, machten die medizinische Fakultät und der Akademische Senat den neuen Vorschlag, Ranke als Direktor des Kinderspitals zu bestellen und Dr. Vogel die Leitung der pädiatrischen Poliklinik im Reisingerianum zu übertragen, die er von 1863 - 66 schon einmal inne hatte. Das Reisingerianum, das auf eine Stiftung des Landshuter Chirurgieprofessor Dr. Franz Reisinger zurückging und im Jahre 1863 in der Sonnenstraße 17 nicht weit vom Hauner'schen Kinderspital eröffnet wurde, war von 1866 - 86 die Wirkungsstätte v. Rankes gewesen. Als Leiter des Reisingerianums erwarb sich v. Ranke den Ruf eines ausgezeichneten Lehrers und humanen Arztes, der sich großer Beliebtheit erfreute. In dieser Zeit gelang es ihm auch, dem Unterricht der Kinderheilkunde in München den gebührenden Platz zu ver-

schaffen. Er wurde einer der profiliertesten Klinikdirektoren in der Geschichte der Universitätskinderklinik. Es ist interessant, sein Lebensbild der Persönlichkeit Hauners gegenüberzustellen.

Heinrich v. Ranke, geboren am 8. 5. 1830 in Rückersdorf bei Nürnberg, Neffe des Historikers Leopold v. Ranke, begann seine Laufbahn nach Abschluß seiner Studien in Erlangen, Berlin und Leipzig zunächst als Assistent des Botanikers Hugo v. Mohl in Tübingen. Im Jahre 1853 übernahm er die Stelle eines "house physician" am Deutschen Hospital in London und legte auch dort das englische Staatsexamen ab. Anlässlich des Krimfeldzuges nahm er an einer Mission englischer Zivilärzte zur Errichtung von Kriegshospitälern in Smyrna und vor Sebastopol teil. Auch unternahm er Reisen durch Palästina, Syrien und Ägypten. Erst hierauf widmete er sich in London unter Sir William Jenner und Charles West der Kinderheilkunde. 1858 kehrte er nach Deutschland zurück, habilitierte sich in München und trat eine Stelle als Prosektor am Hauner'schen Kinderspital an. 1864 wurde er Honorarprofessor, 1874 Extraordinarus für Kinderheilkunde. Als Nachfolger Hauners blieben sein unermüdliches Schaffen und seine vielseitigen Interessen nicht allein auf das Kinderspital beschränkt. Über 50 Jahre war er Mitglied des ärztlichen Vereins in München gewesen, er stand an der Spitze der Ärztekammer von Oberbayern und gehörte 30 Jahre dem Medizinalkomitee der Universität an. Dazu war er 20 Jahre 2. Präsident des bayerischen Landwirtschaftsrates. V. Ranke war ein Weltmann und Grandseigneur. Es ist überliefert (Oberniedermayr, 1969), daß er täglich mit der Equipage zur Klinik fuhr und im Gehrock seine Visiten machte, auch bei den infektiös kranken Kindern. Die Wissenschaft schreibt v. Ranke besondere Verdienste zu bei der Bekämpfung des diphtherischen Erstickungstodes durch frühzeitige Anwendung der Tracheotomie und der O'Dwyer'schen Intubation, deren Einführung in Deutschland auf ihn zurückzuführen ist. Er befaßte sich weiterhin mit der Ätiologie der Spina bifida, der cerebralen Kinderlähmung, und pathologischen Anatomie des neonatalen Brandes, der Tuberkulinwirkung im Kindesalter sowie der Diagnose des chronischen Hydro-

cephalus. Außerdem setzte er sich mit Nachdruck für die 1892 aufgenommene Quincke'sche Lumbalpunktion ein. Daneben gehörten Themen aus der physiologischen Chemie, der Epidemiologie und der forensischen Medizin zu seinem Interessensgebiet. Er war Mitbegründer der anthropologischen Gesellschaft, beschäftigte sich mit der Kranfologie der Kelten und schrieb sogar Beiträge zur Urgeschichte Bayerns. Ebenso engagierte er sich in kommunalen Fragen, beteiligte sich lebhaft anfangs der 70er Jahre an den Bemühungen Pettenkofer's um die Sanierung der Stadt München und war Mitglied der "Commission zur Entscheidung der Münchner Canalisationsfrage." Überraschend gut kannte er sich auch in Landwirtschaftsfragen aus, wurde selbst auf diesem Gebiet als Publizist tätig und betrieb selber ein großes Landgut, die Besitzung Laufzorn, die er zum Mustergut ausgebaut hatte. 1905 wurde er emeritiert und starb hochgeehrt 3 Jahre nach seinem Ausscheiden aus dem Amt des leitenden Direktors der Universitätskinderklinik am 13. 5. 1909.

Als eine sehr segensreiche Einrichtung für die Kinderklinik erwies sich in der Folgezeit der durch v. Ranke im Jahre 1888 ins Leben gerufene "Verein zur Unterstützung des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals." Dieser Verein, der noch heute in modifizierter Form existiert, darf nicht verwechselt werden mit der Hauner'schen Vereinsgründung von 1846. Der alte Verein hatte sich bei Übernahme des Kinderspitals durch den Staat aufgelöst. Der neue Verein hatte nicht mehr die Funktion eines Krankenhausträgers, sondern war eine reine Hilfs- und Spendenorganisation zugunsten der staatlichen Klinik mit dem Zweck "die Privatwohlthätigkeit, durch welche das Dr. v. Hauner'sche Kinderspital bis zur Zeit als dasselbe eine staatliche Subvention erhielt allein unterhalten wurde, der Anstalt auch weiterhin zu wahren und dadurch deren weitere Entwicklung und Nutzbarmachung für die armen kranken Kinder so viel als möglich zu fördern" (Ranke, 1896).

3. Die kinderchirurgische Tätigkeit im Spital

Über den Umfang der chirurgischen Tätigkeit im Kinderspital in der Zeit von 1846 - 86 geben uns die Eintragungen in den Jahresberichten Aufschluß. Wir sehen daraus, daß in diesen ersten 40 Jahren regelmäßig operiert wurde. Bereits im ersten Jahresbericht wird erwähnt, daß 46 chirurgische Fälle behandelt wurden, jedoch fehlen Hinweise, um welche Eingriffe es sich gehandelt hat und ob sie stationär oder ambulant vorgenommen wurden. Erst im 2. Jahr, in dem 43 chirurgische Fälle zu versorgen waren, ging Hauner dazu über, Diagnosen festzuhalten: Abszesse, incarcerierte Leistenbrüche, Prolapsus ani, Quetschungen und andere Wunden. Er vermerkte dazu: "Nicht uninteressante chirurgische Fälle und Augenkranke hatten wir im heurigen Jahr mehrmals zu behandeln."

Hauner war sich bewußt, daß er mit der Einrichtung seines Spitals sich nun an größere operative Eingriffe heranwagen und damit gewissermaßen chirurgisches Neuland betreten konnte. Solange die Kinder ambulant oder in ihrer Wohnung behandelt werden mußten, war die Möglichkeit zu größeren Operationen kaum vorhanden und die chirurgische Tätigkeit mußte sich notgedrungen auf kleinere Eingriffe wie Abszesseröffnungen, Punktionen, Wundverbände und ähnliche Maßnahmen, die unter einfachen Umständen durchführbar sind, beschränken. Erst die stationäre Unterbringung gab ihm jetzt die Möglichkeit, seine kleinen Patienten einer sachgemäßen prä- und postoperativen Kontrolle zu unterstellen. Neue Wege sah er außerdem dadurch gegeben, daß er mit dem Chloroformieren der Kinder gute Erfahrungen zu machen glaubte. Bereits 1848 schreibt er: "Viele chirurgische Krankheiten erforderten ein operatives Einschreiten und wir können die herrliche Wirkung des Chloroforms nicht genug rühmen. Selbst bei den jüngsten Kindern wandten wir dasselbe mit dem besten Erfolg an und konnten nie den mindesten Nachteil bemerken." Als Kuriosum kann verzeichnet werden, daß Hauner kleinere Naevi durch Unterspritzen von Vaccine zu entfernen versuchte.

Ein besonderes Anliegen war Hauner von Anfang an die Ausbildung und Heranziehung von Kinderärzten. Noch nirgends in

Deutschland wurden bereits 1849 Vorlesungen in Kinderheilkunde abgehalten, außer in München und Königsberg (Peiper, 1958). Vor allem die verbesserten Verhältnisse in der Jägerstr. 9 fand er für Unterrichtszwecke sehr günstig. "Die Übersicht der bei uns zur Behandlung kommenden Fälle wird dartun, daß sich die Anstalt zum klinischen und poliklinischen Unterricht vorzüglich eignet", heißt es 1850. "Junge Ärzte, von denen schon heuer mehrere unser Spital besuchten, fanden hier zu ihrer Ausbildung reiche Gelegenheit." Nach den vorhandenen Aufzeichnungen wurde das Spital nicht nur von jungen Medizinern aus München und "den verschiedenen Theilen des Königreiches" besucht, sondern auch von auswärtigen Ärzten aus Paris, Dresden, Berlin. Auch Dr. West aus London stattete Hauner einen Besuch ab. 1850/51 beginnt im Hospital ein regelrechter klinischer und poliklinischer Unterricht. Wöchentlich zweimal und jeweils für nicht mehr als 7 - 8 Studierende wurde von 11 - 12 Uhr von Hauner Klinik und Vorlesung gehalten. Teilweise wohnten diese auch Hauners Operationen bei. 1853 brachte er neuerdings seine Freude zum Ausdruck, daß "die Klinik von vielen Studierenden der Medizin" so gut besucht wurde.

Hauner hatte bis 1850 noch alle Operationen selbst ausgeführt. Er war ebenso wie z.B. v. Dusch in Heidelberg Pädia-ter und Chirurg in einer Person. Es stand ihm zunächst nur Dr. Steinbrecher als Assistenzarzt zur Seite, der aber hauptsächlich die vielen Hausbesuche besorgt haben dürfte und nur bei größeren Operationen assistierte. Erst nach dem Umzug des Hospitals in die Jägerstraße kam ein zweiter Assistenzarzt hinzu. Ein eigener Operationsraum war aber auch dort noch nicht vorhanden, die Operationen wurden vielmehr in dem im Erdgeschoß gelegenen Ordinationszimmer vorgenommen, das zugleich auch als Unterrichtsraum diente. Dabei war die Zahl der chirurgischen Fälle in ständigem Wachsen begriffen und stieg 1850 auf 114, unter denen sich nach den Aufzeichnungen Hauners 6 Strumen, 4 Hasenscharten, 1 Atresia ani, 2 Spina ventosa u.a. befanden. Ab 1850 scheint Hauner einen großen Teil der Operationstätigkeit an den Prosector Dr. Thiersch abgegeben zu haben, der vorher nur die Sectionen

der im Spital verstorbenen Kinder vorgenommen hatte. Hauner äußerte sich über die Zusammenarbeit mit Dr. Thiersch, die bis 1854 gedauert hat, äußerst befriedigt. Im Jahresbericht 1851 hebt er seine Leistungen folgendermaßen hervor: "Ein Steinschnitt und eine Resection des Ellenbogengelenks, beide Operationen von meinem verehrten Freund und Kollegen Dr. Thiersch mit Virtuosität durchgeführt." Alljährlich berichtet er über dessen "höchst gelungene Operationen."

Dr. Thiersch, geb. 20. 4. 1822 in München, gest. 28. 4. 1895 in Leipzig, gehörte später zu den bedeutendsten Chirurgen des 19. Jahrhunderts. Seine chirurgische Ausbildung genoss er bei Strohmeier und war von 1848 - 54 Prosector für pathologische Anatomie in München, habilitierte sich 1849, wurde 1853 Extraordinarius und erhielt 1854 einen Ruf als o. Prof. für Chirurgie nach Erlangen. 1867 wechselte er nach Leipzig über, wo er dann zu Berühmtheit gelangte. Um die Fortschritte der Chirurgie erwarb er sich hervorragende Verdienste durch seine Studien über den Epithelialkrebs, die Modifikation der Listerschen Wundbehandlung durch Einführung der Salicylsäure, die plastischen Operationen bei Blasenektomie und die Verbesserung der Reverdinschen Hautimplantation.

Nach dem Weggang Dr. Thierschs gelang es Hauner Dr. Nußbaum als Operateur zu gewinnen. Der später geadelte Johann Nepomuk Ritter von Nußbaum (geb. 2. 9. 1829 in München, gest. 31.10. 1890 in München), ein Schüler von Thiersch und klinischer Assistent bei Rothmund, kam damals gerade nach Studien in Paris, Berlin und Würzburg nach München zurück. Der Schwerpunkt seiner Interessen lag anfangs noch bei der Augenheilkunde und er habilitierte sich auch 1857 auf diesem Gebiet mit der Schrift "Behandlung der Hornhauttrübungen mit besonderer Berücksichtigung der Einsetzung einer künstlichen Hornhaut." Doch wandte er sich bald der allgemeinen Chirurgie zu, wurde 1857 Privatdozent und 1860 o. Prof. der Chirurgie in München, nachdem er 1859 einen Ruf als o. Prof. nach Zürich auf Drängen seiner Freunde, auch Hauners, abgelehnt hatte. Man hat errechnet, daß er in den 31 Jahren, in denen er Direktor der Chirurgischen Klinik war, etwa 25000 Opera-

tionen ausgeführt hat, davon eine große Zahl als Hauschirurg im Hauner'schen Kinderspital. In den 23 Jahren, in denen er mit diesem verbunden war, hat die Münchner Kinderchirurgie einen großen Aufschwung genommen. Nußbaum galt nicht nur als kühner Operateur, sondern war auch als Lehrer von hinreißender Beredsamkeit. Neben seiner aufreibenden praktischen Tätigkeit entwickelte er schriftstellerisch eine große Fruchtbarkeit und hat fast 100 Abhandlungen veröffentlicht. Am bekanntesten ist sein "Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung." Als einer der gefeiertsten Professoren der Münchner Universität wurde er 1885 zum Ehrenbürger von München ernannt.

Hauner war 1854 sehr froh, daß er die größeren chirurgischen Fälle in so gute Hände legen konnte. Er vermerkt dazu nach dem Chirurgenwechsel: "Von Beginn 1855 übernahm Dr. Nußbaum die chirurgische Klinik im Hospital und vollführte schon im 1. Jahr viele große Operationen, von denen wir bloß eine Resektion des Unterkiefers und eine Steinertrümmerung erwähnen, sowie mehrere Augenoperationen, die mit glücklichem Erfolg ausgeführt wurden." Wahrscheinlich sind auch 2 Tracheotomien, die 1855/56 erstmals vorgenommen wurden, Dr. Nußbaum zuzuschreiben, obwohl sich der Jahresbericht nur undeutlich darüber ausspricht. Jedenfalls gehen aber einige andere "schwere Operationen mit bestem Erfolg" in diesem Jahre auf sein Konto, darunter "ein Steinschnitt, den Dr. Nußbaum an einem 4-jährigen Knaben aus Aubing mit seltenem Geschick vollführte, sodaß das Kind in wenigen Wochen vollkommen geheilt zu seinen Eltern zurückkehren konnte."

In den nächsten 2 Jahrzehnten dankt Hauner in seinen Jahresberichten immer wieder mit anerkennenden Worten Prof. Nußbaum für seine umfangreiche Tätigkeit und die vielen gelungenen Operationen. Derselbe operierte die Kinder zumeist im Spital selbst, manchmal wurden sie auch zur Operation in das allgemeine Krankenhaus verlegt und dann zur Weiterbehandlung zu Dr. Hauner zurückgebracht.

Vor allem in den Jahren 1857 - 67 war ein starkes Ansteigen der chirurgischen Tätigkeit zu verzeichnen, wodurch sich die

durchschnittliche Aufnahmezeit pro Patient bedeutend erhöhte. Hauner macht in seinen Berichten eindringlich darauf aufmerksam, "daß die vielen operativen Fälle mit ihrer langen Behandlungsdauer ein beträchtliches Anwachsen der Verpflegungstage zur Folge hatten."

Auch Nußbaum war von der Wirkung des Chloroforms sehr ange-
tan. Aus einem Bericht vom Jahre 1874 ist zu entnehmen: "Die Tracheotomie machen wir stets unter Chloroformnarkose; allein wir narkotisieren nicht bis in das Stadium vollkommener Toleranz, damit die Kehlkopfschleimhaut noch genügende Reflex-
thätigkeit erzeugen kann, wenn etwas Blut in die Trachea laufen würde. Das Chloroform hat auf das schreckliche Athemsuchen eher einen wohltätigen als üblen Einfluß." Aus den gleichen Gründen narkotisierte er auch bei den Tonsillotomien nicht bis in das Toleranz-Stadium. Den zuweilen geäußerten Bedenken gegen die Anwendung des Chloroforms hielt er entgegen: "Wenn jetzt jemand vor oder während einer Operation stirbt, so ruft alles: Chloroformtod, Chloroformtod! Niemand aber erzählt, daß schon Dezennien vor Erfindung der Chloroformnarkose ganz ähnliche plötzliche Todesfälle vor und während Operationen vorgekommen sind. Die vor und während den Operationen vorkommenden Ohnmachten und Todesfälle haben ihre Begründung in der großen Nervenaufrregung und wir bedürfen zur Erklärung des Todes durchaus nicht des Chloroforms."

Es ist nicht uninteressant, aus den zahlreichen Operations-
beschreibungen Nußbaums (1870 und 1874) einige herauszugreifen. Über die Durchführung der Tracheotomie, die er häufig ausgeführt hat, gibt er folgende Schilderung: "Die Operation mache ich stets ohne Assistenz, weil ich nicht so viele Finger und Haken auf den Hals drücken lassen will. Nachdem die Haut durchschnitten ist, arbeite ich mich mit den Skalpells-
stiel hinein, durchschneide dann die Fascie und eröffne die Trachea, stecke den linken Zeigefinger in die Trachealwunde und vertausche denselben dann mit der Canüle." Sogar in scheinbar hoffnungslosen Fällen hatte er mit seiner Operationsmethode noch Erfolg. "Selbst sterbende Kinder, ja sogar Kinder, die eben schon gestorben sein sollten, tracheotomieren

wir noch, leiten dann die künstliche Respiration ein und haben schon wiederholt erlebt, daß der Scheintod wich und das Leben wiederkehrte, daß die Wunde, welche bei der Operation nur mehr coaguliertes Blut zeigte, nach längerem Stoßen des Herzens, nach längeren rhythmischen Thoraxcompressionen wieder zu bluten anfang. In einem Falle sah ich das Leben nach 25 Minuten langen solchen Belebungsversuchen wiederkehren." Wir begegnen hier offensichtlich den ersten Anfängen der heute so aktuellen Reanimation mit externer Herzmassage und künstlicher Beatmung.

Doch hat gerade Nußbaum vor einer falschen Indikation der Tracheotomie eindringlich gewarnt und auf folgendes hingewiesen: "Oft verwechseln die behandelnden Ärzte das üble Athmen einer ausgedehnten Bronchitis oder gar die durch Blutvergiftung herbeigeführte Agonie diphtherischer Kinder mit jenem Zustande von Athemnoth, wofür die Tracheotomie allein helfen kann. Ein einfaches Experiment kann vor solchen Verwechslungen schützen. Wenn das Kind beim Sprechen oder Schreien noch irgend einen Vokal deutlich klingen machen kann, so kann von einer Tracheotomie nicht die Rede sein und wenn das Kind noch so übel athmet, selbst wenn es erstickt. Der Grund dafür liegt dann in den Lungen oder Bronchien oder in paralytischen Muskeln etc. Die Stimmritze im Kehlkopfe aber muß permeabel sein, sonst wäre der klingende Vokal nicht möglich gewesen und deshalb kann auch hier die Tracheotomie nichts nützen, denn sie kann ja nur jenes Hindernis eliminieren, das im Kehlkopfe sitzt."

Bei der operativen Behandlung von Hasenscharten wies Nußbaum auf seine günstige Heilungsquote hin: "14 Hasenscharten kamen zur Operation, meist erst 3 - 20 Tage alt. Man weiß es jetzt auf der ganzen Welt, daß ihre Sterblichkeit größer ist als man früher meinte. Hiervon starben zu unserer größten Zufriedenheit nur 4 Kinder. Bei sogenannten doppelten Hasenscharten ist das Mittelstück meist so kurz, daß es höchstens zur Bildung eines Nasenseptums, selten zur Lippenbildung benutzt werden konnte. Das Zwischenkieferbein suchte ich immer zu erhalten und zurückzudrängen. Ging es nicht mit stumpfen Drucke, so kneipte ich es vertikal ein. Sind die Ablösungen und Sei-

ten-Incisionen genügend, so kann man fast jede Hasenscharte vereinigen, ohne daß die Naht einen Zug ausübt; denn eine Naht, die ziehen muß, reißt stets aus und macht das Unglück größer als es vorher war. ... Bei ganz kleinen Kindern ist die Operation mit Chloroform allerdings eine große Plage, die Heilresultate sind aber desto überraschender. Auch für die Sprache scheinen nur sehr früh gemachte Operationen Wert zu haben..."

Bei den Operationen am Kopf berichtet Nußbaum von einem 9-jährigen Mädchen, dem er eine kinderfaustgroße Ranula entfernte: "Da dieselben gern wiederkehren, so trug ich in Chloroformnarkose mit Schere und Pinzette ein guldengroßes Stück der überdeckenden Schleimhaut ab, drückte die Gelatine heraus und bestrich den Grund der Höhle mit verdünntem Ligor ferri sesquichlorati. Die Kleine hatte nach dem Erwachen leises Brennen und war in einigen Tagen vollständig geheilt." Vom 27. 6. - 11. 7. 1868 "machte er hie Versuche, einen ungewöhnlichen Hydrocephalus auszupumpen, doch ganz erfolglos, wenn auch ohne Schaden."

Resektionen von nekrotischen Rippen hielt Nußbaum für "sehr leicht und mit einer scharfen Zange gefahrlos auszuführen." "Bei Necrosen am lebenden Körper ist", meinte er, "die Pleura und das Periost so stark verdickt und vom Knochen durch Demarkations-Eiterung so sehr losgehoben, daß diese Resektion sehr leicht subperiostal auszuführen ist." Pleuritische Exsudate eitriger Natur pflegte er mit Erfolg zu drainieren und auszuspritzen. Im Jahre 1873 zog er "eine Drainage mitten durch die rechte Lunge durch, in welcher sich eine jauchende Caverne gebildet hatte. Schon während der Operation kam Blut durch den Mund und eine noch weitere Bestätigung dieser Tatsache lag darin, daß die durch das Drainagerohr eingespritzte lakmusblau gefärbte Flüssigkeit schnell im Auswurf in Form von blaugefärbtem Eiter erschien. Der Kranke athmete sogar theilweise durch das Drainagerohr, theilweise durch Mund und Nase; hielt man die Drainageöffnung zu, so athmete er viel schlechter und mühsamer. Erst nach vielen Wochen verminderte sich die Eiterquantität und konnte die Drainage entfernt werden."

Besonders freute sich Nußbaum über die günstigen Resultate, die er bei der Operation steinkrankter Kinder erzielte, wobei er seine Operationstechnik so schildert: "Ich machte bei kleinen Steinen den Seitensteinschnitt, bei größeren den Bilateralschnitt. Nie machte ich aber große Wunden. War der Stein groß, so führte ich durch die kleine Wunde einen Lithotriptiker ein, zerbrach den Stein und räumte und schwemmte ihn dann zur kleinen Wunde heraus. Die Verbindung der Lithotomie mit der akuten Lithotripsie ist mir schon sehr zu statuten gekommen." In den Fällen, in denen sich die kleine Perinealwunde gar nicht schließen wollte, fand er "die Betupfung mit einer glühenden Stricknadel sehr wirksam und die Heilung gelang dann jedesmal rasch."

Bei Gelenkerkrankungen sah Nußbaum in der Extension und dem immobilisierenden Verband das "einzige und größte Allheilmittel." "Wir machten eine gute Chloroformnarkose, verbesserten die üble Stellung, soweit dies ohne rohe Eingriffe geschehen konnte, machten eine möglichste Extension, legten in dieser Extensionsstellung einen gut wattierten Gypsverband an, der noch während der Chloroformnarkose erhärtete und hatten immer die Freude, ein sehr gutes Resultat zu beobachten." "Tenotomien dagegen" berichtet Nußbaum, "machten wir bei Contracturen der Gelenke nach Entzündungen nie. Die Extension genügte immer und die Tenotomien an den langen Muskeln des Oberschenkels sind nicht günstig. Bei der Tenotomie des Musculus biceps femoris wird gar leicht der naheliegende Nervus peroneus profundus verletzt und Lähmung des Vorderfußes erzeugt; und man kann sagen, daß die Tenotomien hier wirklich entbehrlich sind. Hingegen erleichtern sie die Behandlung der Klumpfüße unendlich. Man kann dadurch den Kinderchen die ganze Nachbehandlung nahezu schmerzlos machen."

Da sehr oft blinde Kinder in das Spital gebracht wurden, welche durch Blennorrhoea die Linse verloren hatten, mußte Nußbaum auch immer wieder ophthalmologisch tätig werden. Mit der von ihm erfundenen Cornea artificialis, die er 1854 in seiner Dissertation behandelt hat und die in einem stecknadelkopfgroßen Bergkristallknöpfchen bestand, hatte er aber wenig Erfolg. Bei den Kaninchen, mit denen er experimentierte, war-

den diese Gläschen 3 - 4 Jahre lang ohne Reizerscheinungen toleriert. Bei Kindern jedoch, denen er wiederholt die künstliche Linse "in solche dunklen Hornhäute einsetzte, scheiterte jeder Versuch an den vielen Veränderungen hinter der Hornhaut und die Unruhe der Kinder ließ sie stets herauseitern."

Was die Behebung angeborener Defekte des Ohres anlangte, so klagte Nußbaum damals: "Keine plastische Operation ist wohl ungünstiger!" Er ging damals noch nach folgender Methode vor: "Als Voroperation transplantierte ich einen Hautlappen hin, den ich vom Halse herauf nahm, dann nach einigen Wochen brannte ich mit weißglühenden Eisen einige Furchen in denselben hinein, der normalen Zeichnung des Ohres entsprechend. Es blieb natürlich immer noch sehr hässlich, allein die Brandfurchen vernarbten so, daß man mit der Zeichnung zufrieden sein konnte."

Hervorgehoben muß werden, daß in den Jahren, in denen Nußbaum im Kinderspital arbeitete, sich dieses zu einer anerkannten Lehr- und Bildungsanstalt entwickelte. Das Ministerium legte schon damals großen Wert auf Unterrichtsgestaltung. Hauner erhielt aus der Universitätskasse für Zwecke des Kinderspitals eine Remuneration (bis 1875 30 Gulden, ab 1876 514.19 Mark) "unter der Bedingung bewilligt, daß er in seinem Spital die Erteilung von klinischem Unterricht seitens eines Angehörigen der medizinischen Fakultät ermöglicht." Die Arbeitsverteilung schildert Hauner so: "Während vom dirigierenden Arzte mediz. Klinik und Vorlesungen über Kinderkrankheiten gehalten wurde, hielt Prof. Nußbaum chirurgische Klinik und vollführte die wichtigsten Operationen." Eine seiner letzten Operationen, die er für das Spital ausführte, scheint "ein Fall von Makroglossie bei einem 3 1/2-jährigen Kinde" gewesen zu sein, bei dem "durch ca. 15 Punktionen mit dem Paquelin'schen Spitzenbrenner eine befriedigende narbige Schrumpfung erzielt wurde" (Gruber, 1883). Ab 1878 finden wir Nußbaum nur mehr selten als Hauschirurg im Kinderspital. Ob das darauf zurückzuführen ist, daß er als Direktor der allgemeinen Chirurgischen Klinik zu sehr in Anspruch genommen war, erscheint sehr zweifelhaft. Eher ist anzunehmen, daß er sich mit Hauners Schwiegersohn Dr. v. Halm nicht so gut verstand,

der nach dem Umzug des Spitals in die Gartenstraße vertretungsweise die Leitung des Spitals übernommen hatte. Dr. v. Halm war zwar anfangs hauptsächlich im Ambulatorium beschäftigt und führte die dort vorkommenden Eingriffe durch. Sein unermüdlicher Betätigungsdrang verlangte aber nach einem größeren Arbeitsfeld. Seit 1878 führte er auch schwere und große Operationen selbst aus und im Jahresbericht, den er allerdings selbst erstellte, ist zu lesen, daß er dabei seinem ehemaligen Lehrer Nußbaum alle Ehre machte. Er widmete sich mit Vorliebe der Orthopädie, unterstützt von den Assistenten Dr. Otto Bernard und Dr. Alfred Mayer. Die Augenchirurgie überließ er ganz dem Privatdozent Dr. Oeller, von dem es heißt, daß er die seltensten und schwierigsten Operationen mit großem Geschick vorgenommen hat. Unter Dr. v. Halm trat der medizinische Unterricht vollständig zurück und die Beziehungen zur Universität brachen ab. Nußbaum schied trotz seiner langjährigen Verdienste ziemlich sang- und klanglos aus der Tätigkeit im Kinderspital aus, auch wenn er noch bis 1882 die Anstalt verschiedentlich besuchte und ihr, wie es im Jahresbericht heißt, seine seit Dezennien bewiesene Teilnahme schenkte. Es darf allerdings in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, daß Nußbaum zu jener Zeit wegen seiner meningitischen Kopfschmerzen schon erheblich dem Morphinum verfallen war.

Mit der Übernahme der Direktion durch Heinrich v. Ranke war auch die chirurgische Tätigkeit Dr. v. Halms im Kinderspital beendet.

Wenn man für die ersten 40 Jahre des Spitals eine tabellarische Übersicht über die Operationstätigkeit aufzustellen versucht, so muß man sich klar sein, daß damit nur ein recht ungenaues Bild wiedergegeben werden kann. Denn in den Jahresberichten sind nur die "behandelten chirurgisch kranken Fälle" angegeben, zumeist noch zusammengefaßt mit "äußeren Krankheiten", ohne daß nach spezifischen Operationskriterien unterschieden wurde. Es ergibt sich für die Jahre:

	behandelte Kinder	ambulant	stationär	chirurg. Kranke
1846/47	358	256	102	46
1852/53	1885	1566	319	129
1856/57	2916	2577	339	123
1861/62	3012	2690	222	224
1866/67	3177	2780	397	308
1871	3075	2398	377	255
1876	2691	2314	377	413
1881	5007	4302	705	-
1886	4194	-	-	-

III.

DIE KINDERCHIRURGISCHE ABTEILUNG DER UNIVERSITÄTSKINDERKLINIK

1. Die Kinderchirurgie unter ihrem ersten Oberarzt
Ottmar v. Angerer (1886 - 1891)

Bei der Übernahme durch den Staat wurde das Hauner'sche Kinderspital umorganisiert. Die chirurgische Abteilung wurde scharf von der internen Abteilung abgegrenzt und hinsichtlich des ärztlichen Dienstes selbständig gemacht. Der Grundstein hierzu wurde in dem bereits angeführten Schreiben der mediz. Fakultät an den Akadem. Senat vom 27. 7. 1886 gelegt (s. Anhang). Die Fakultät brachte darin ihre Überzeugung zum Ausdruck, daß nach den Erfahrungen der Kinderspitäler in Zürich, Dresden und Wien eine chirurgische Abteilung sehr wichtig sei und eine besondere Oberarztstelle erhalten müsse, die mit einem renommierten Fachchirurgen zu besetzen ist. Sie schlug den Priv. Doz. Dr. Herzog als Oberarzt vor. Das Kultusministerium akzeptierte jedoch diesen Vorschlag nicht, sondern hat im Spätherbst 1886 Prof. Dr. Angerer die Oberarztstelle übertragen und ihm dabei "die Verpflichtung zur Benützung dieser Abteilung zu Unterrichtszwecken auferlegt." Dieser war erst ein Jahr vorher von Würzburg kommend zum Extraordinarius in München ernannt und als Nachfolger Helferichs zum Vorstand der chirurgischen Poliklinik im Reisingerianum bestellt worden. Mit Dr. Angerer (nachmals Geheimrat Exzellenz v. Angerer) hat ein hervorragender Chirurg, der als Lehrer und Kliniker schon in jungen Jahren großes Ansehen genoß, das Erbe Hauners, Thierschs und Nußbaums angetreten. Angerer war, wie es heißt, ein Meister des Wortes und der operativen Technik, ein Mann von vollendeter Vornehmheit und tiefer Herzensgüte; dazu eine imposante Persönlichkeit von seltenem Charme.

Ottmar v. Angerer (geb. 17. 9. 1850 in Geisfeld bei Bamberg), studierte in Würzburg und war ein Schüler v. Linharts und v. Bergmanns, promovierte dort am 10. 5. 1873, habilitierte sich 1879 mit einer Arbeit über "Klinische und experimentelle Un-

tersuchungen mit Blutextravasaten" und wirkte von 1879 - 85 als Priv. Dozent an der Würzburger Klinik. 1890 wurde er noch während seiner Tätigkeit am Hauner'schen Kinderspital zum o. Prof. d. Chirurgie ernannt. Am 1. 7. 1891 legte er dort die Oberarztstelle nieder, nachdem er als Nachfolger Nußbaums zum Vorstand der Chirurgischen Klinik berufen wurde. Im 1. Weltkrieg war er beratender Chirurg des 1. bayer. Armee Korps, mußte aber wegen eines Herzleidens im Jahre 1917 aus dem Felde zurückkehren. Trotz seiner schweren Herzerkrankung ließ er sich von der Fortführung seiner klinischen Verpflichtungen nicht abhalten. In seinem Arbeitszimmer in der Klinik hat ihn am 12. 1. 1918 der Tod ereilt.

Prof. v. Angerer galt als ebenso feiner Diagnostiker wie genialer und verantwortungsbewußter Operateur. Wo er das Skalpell nicht für unerlässlich hielt, ließ er es lieber beiseite. Seine Assistenten mußten oft mit Erstaunen beobachten, wie er von einer scheinbar selbstverständlichen Operation Abstand nahm, bis sie später selbst am Krankheitsverlauf feststellen konnten, was Angerer von vornherein erkannt hatte, nämlich daß die Operation unausführbar, unnötig oder nutzlos gewesen wäre. War aber eine Operation einmal beschlossen, dann führte v. Angerer sie aus, "so sauber und klar, so anatomisch fein und genau, so sorgsam und blutsparend, so technisch vollendet, daß es eine Freude war, ihm zu assistieren oder zuzuschauen, daß das Gefühl erwachte: so und nicht anders muß es gemacht werden" (Schmitt, 1918). Dabei war er stets bestrebt, neue Operationsverfahren auszuüben und auszubilden. Eine besondere Vorliebe besaß er für technisch feine Operationen am Gehirn, am Magen-Darmkanal und für plastische Operationen. Für neue technische Untersuchungsmethoden war er sehr aufgeschlossen. Bereits wenige Wochen nachdem Röntgen am 28. 12. 1895 die ersten Mitteilungen über die von ihm entdeckten Strahlen gemacht hatte, erprobte Angerer das Verfahren in seiner Klinik und ließ die erste Aufnahme von seiner eigenen Hand anfertigen. Seinen Assistenten war er ein gütiger, aber anspruchsvoller Lehrer und Chef, der sie immer wieder zu ernster und hingebungsvoller Arbeit anspornete. Er verlangte viel von ihnen und es war nicht immer ganz

leicht, sein Assistent zu sein.

Im Sommer und Winter machte er seine klinische Visite schon vor 7 Uhr morgens und er erwartete, daß die Assistenten schon vorher die Abteilung besucht hatten. Er forderte ein rasches, zielbewußtes Zugreifen beim Assistieren an der Wunde und konnte recht ungehalten werden, wenn dabei oder bei der Vorbereitung zur Klinik einmal etwas nicht klappte. Er wollte gute Chirurgen für die Praxis heranbilden, deshalb durften seine Mitarbeiter auch viel selbst operieren, wenn sie erst eingearbeitet waren, aber der Chef verfolgte genau all ihr Tun und Lassen und griff energisch ein, wenn er Fehler bemerkte. Er lobte nicht oft und umso wohlthuender und anspornender wirkte dann sein Lob, das redlich verdient war. Aber auch scharfer Tadel, der nichts Schroffes oder Verletzendes an sich hatte, war selten und deshalb ebenso wirksam.

Wissenschaftlich ist v. Angerer durch eine Fülle von Beiträgen und Abhandlungen hervorgetreten, wobei kaum ein Gebiet der Chirurgie unberücksichtigt geblieben ist. Seine Veröffentlichung zur "Wundbehandlungsfrage" gibt einen tiefen Einblick in die Mühen und Sorgen der Chirurgen, die in vorantiseptischer Zeit den fast aussichtslosen Kampf gegen die Wundinfektion zu führen gelernt hatten und nun das antiseptische Verfahren voll Begeisterung ausüben und ausbauen halfen. Durch die Einführung des Sublimats in die Wundbehandlung erwarb sich Angerer ein unvergängliches Verdienst um das antiseptische Verfahren. Den Höhepunkt seiner akademischen Laufbahn bildete das Jahr 1913, in dem er zum Vorsitzenden für die 42. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewählt wurde.

Streng wissenschaftlich war auch sein von vollem Organ getragener klinischer Vortrag, der sich bewußt fernhielt von allem überflüssigem Theoretisieren, aber alles brachte, was die Forschung und die eigene Erfahrung zu bieten hatte. Seine Operationskurse waren ganz den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis angepaßt. Die Ausbildung eines richtigen Arztnachwuchses lag ihm überhaupt sehr am Herzen. Als 1. Vorsitzender des Landesverbandes für ärztliche Fortbildung hat er sich später

äußerst verdient gemacht und Hunderten von Ärzten "höchste Belehrung in fesselndster Form" geboten. Gerühmt wird auch seine rechtliche Gesinnung. Dem einfachen Patienten gegenüber war er derselbe wohlwollende und von Teilnahme erfüllte Arzt wie den höchst gestellten Persönlichkeiten, mit denen er so oft zu tun hatte. Seine schönste Erholung bildete die Jagd im Hochgebirge und hierbei war er oft hochgeschätzter Jagdgenosse des Prinzregenten Luitpold, dessen Leibarzt er Jahrzehnte lang war.

Zur Zeit Angerers war die chirurgische Abteilung in dem zur Lindwurmstraße gelegenen Erdgeschoß der neuerbauten Kinderklinik untergebracht. Die Belegungsfähigkeit sollte ursprünglich nur 10 Betten betragen. Direktor v. Ranke stellte aber 17 Betten zur Verfügung, die zunächst auf 2 ziemlich große Säle aufgeteilt waren. Aus Archivunterlagen läßt sich entnehmen, daß diese 17 Betten fast ausnahmslos vollständig belegt waren, vor allem während des Semesters, so daß die Patienten oft lange warten mußten, bis ein Bett frei wurde. Die Kapazität wurde später auch auf 30 Betten erhöht. Da das Kinderspital noch in mancher Hinsicht unfertig war und Erweiterungsbauten notwendig waren wurde noch bis Herbst 1891 überall fleißig gehämmert und gebaut. Es handelte sich zwar vorwiegend um Baumaßnahmen für die interne Abteilung, jedoch hatte die Chirurgie infolge ihrer Erdgeschoßlage besonders unter der Baubelästigung zu leiden. Ihre Unterbringung im Erdgeschoß war um 1910 sehr ungünstig in der Weise eingerichtet, daß auf der Südwestseite gleich neben dem Haupteingang der Operationsraum lag, an den sich das Röntgenzimmer und 2 Krankenzimmer anschlossen, während sich auf der anderen Seite des Haupteingangs das Zimmer des Chefarztes der chirurgischen Abteilung und 3 weitere Krankenzimmer befanden (Pfaundler, 1911):

Über Art und Umfang der chirurgischen Tätigkeit läßt sich heute leider nichts Genaues mehr feststellen, da die einschlägigen Unterlagen durch die Ereignisse des letzten Krieges verlorengegangen sind. Sicher ist aber, daß v. Angerer eine rege Operationstätigkeit entwickelt hat. 1888 z.B. führte er 138 große Operationen aus, darunter auch mehrere Knie- und Hüftge-

lenkresektionen. 1889 waren es 135, 1890 104 größere Operationen. Es assistierte ihm dabei meistens der Volontärarzt Dr. v. Stubenrauch, ein später bekannter Münchner Polikliniker. Die Tracheotomien bei Diphtherie, im Jahre 1888 73 Fälle bei 40 % Erfolg, wurden allmählich dank der Einsicht v. Ranke in den großen Wert der O'Dwyer'schen Intubation immer mehr durch diese verdrängt.

Das gute Einvernehmen zwischen v. Angerer und v. Ranke wurde seit Ende 1888 dadurch stark belastet, daß letzterer im Kinderspital eine Poliklinik einrichtete und die dort anfallenden operativen Eingriffe nicht der chirurgischen Abteilung überwies, sondern durch den praktischen Arzt Dr. Joseph Rotter, einen Chirurgen aus der Stadt, ausführen ließ. Ranke konnte sich zwar hinsichtlich seiner Poliklinik und des Ambulatoriums auf ein zustimmendes Dekret des Ministeriums stützen; dieser Erlaß vom 7. 7. 1887 enthielt aber nichts über die Versorgung chirurgischer Fälle. Da die moderne Wundbehandlung es gestattete, nahezu alle Operationen an den Extremitäten poliklinisch vorzunehmen, hatte Dr. Rotter eine ganze Reihe von Gelenkresektionen, Osteotomien, Klumpfußoperationen usw. ausgeführt. Diese Art operativer Behandlung erfreute sich bei den Eltern der Kinder sogar eines großen Zuspruchs, weil sie ihre Kinder nicht aus der Hand geben und auch nicht zu klinischen Demonstrationen zur Verfügung stellen mußten. Gerade diese Schmälerung des Krankenguts für den klinischen Unterricht war für Angerer der Anlaß, gegen Rotters Verwendung Verwahrung einzulegen. In seiner Beschwerde vom 8. 11. 1889 an das Dekanat der medizinischen Fakultät wies er auf folgendes hin: "Abgesehen von collegialen Rücksichten, die gewiß gebieten, daß der Direktor eines Krankenhauses nicht Operationen im Hause von einem praktischen Arzt aus der Stadt vornehmen lassen darf, wenn am Krankenhaus selbst ein Chirurg angestellt ist, muß ich doch besonders betonen, daß durch die Übernahme des Kinderspitals durch den Staat das Krankenhausmaterial dortselbst zu Lehrzwecken und nicht zu privaten Zwecken verwendet werden soll. Dieser staatlichen Intention kann durch Benützung des Materials von Seite des Herrn Dr. Rotter, der zur Universität in keinem Verhältnis steht, nicht ent-

sprochen werden, umsoweniger als Herr Rotter die betreffenden Operationen mit Hilfe einiger Coassistenten, ohne klinische Zuhörer, im Badezimmer der Anstalt vollführt." Die Kontroverse wurde insbesondere dadurch verschärft, daß Dr. Rotter in einer Sitzung des Ärztlichen Vereins, in der es um die Behandlung des Klumpfußes ging, mit Genehmigung v. Rankes zwei Fälle aus der Poliklinik demonstrierte. Der eine war ein Fall, der nur durch elastischen Zug und Schienenbehandlung geheilt war, während bei dem anderen ein Teil der Plantarfascie nach der Methode von Phelps durchschnitten worden war. Angerer hat diese fortwährende Herausstellung Rotters als persönliche Kränkung bezeichnet. Er konnte sich mit der beschwichtigenden Stellungnahme Rankes nicht zufrieden geben und mußte es zudem als eine Herausforderung empfinden, daß dieser just zur gleichen Zeit noch durch Dr. Rotter eine Kropfexstirpation bei einem Kinde der internen Station durchführen ließ. Auch die Exculpation v. Rankes, daß Dr. Rotter als unbezahlter Assistent verwendet werde, konnte er nicht akzeptieren und er schlug in seiner Replik einen noch deutlicheren Ton an: "Allein so harmlos dürfte die Sache doch nicht sein. Herr Dr. Rotter ist praktischer Arzt, Spezialist für Chirurgie und hat hier eine chirurgische Privatklinik errichtet. Es schien mir, als sollte neben mir ein zweiter Chirurg im Kinderspital allmählich Boden fassen, da ihm ja der chirurgische Teil der Poliklinik selbständig übertragen wurde. Die Kinder nun, die hier zugingen, waren für den Unterricht verloren und dienten nur persönlichen Zwecken und dagegen mußte ich die Hilfe der Fakultät anrufen. Für die interne Abteilung des Kinderspitals sowie Poliklinik stehen dem Herrn Prof. Ranke 3 bezahlte Assistenten nach dem amtlichen Personalverzeichnis zu Diensten. Arbeitskräfte genug, um auch den chirurgischen Teil des Ambulatoriums besorgen lassen zu können, soweit er nicht spezialistische chirurgische Kenntnisse beansprucht. Für den letzteren Fall aber ist der im Hause angestellte Chirurg vorhanden."

Ob und wie die Differenzen zwischen Angerer und Ranke von der medizinischen Fakultät beigelegt wurden, ist aus den Archivalien nicht ersichtlich. Sie wurden jedenfalls dadurch gegen-

standslos, daß Prof. Angerer am 1.7.1891 aus der Kinderklinik ausschied und die Direktion der allgemeinen Chirurgie übernahm.

2. Die Verhältnisse in der Abteilung unter Wilhelm Herzog (1892 - 1914 bzw. 1918)

Nach Prof. Angerer wurde Prof. Herzog Oberarzt der kinderchirurgischen Abteilung. Julius Eduard Wilhelm Herzog, einer alten Basler Patrizierfamilie entstammend, wurde am 27. 2. 1850 in Halle (an der Saale) geboren. Seine medizinischen Studien, die durch einen Krankenpflagedienst im Kriege 1870/71 unterbrochen waren, absolvierte er in Erlangen, wo sein Vater von 1854-82 o. Prof. der Theologie gewesen ist. Im Frühjahr 1874 erhielt er dort die ärztliche Approbation, im Sommer 1874 wurde er dort promoviert mit dem Thema "Beiträge zur näheren Kenntnis der Struktur der Sehne." Von 1875-77 war er dann Assistent am anatomischen Institut in Würzburg bei Prof. Kölliker, von 1877-78 Assistent an der Chirurgischen Klinik Erlangen bei Prof. Heineke und von 1878-81 Assistent seines großen Lehrers Prof. Volkmann an der Chirurgischen Klinik in Halle. 1881 habilitierte er sich in München für das Fach der Chirurgie. Er hatte dazu das Thema gewählt "Beitrag zum Mechanismus der Blutbewegung an der oberen Thoraxapertur beim Menschen." Von 1887 an war er Oberarzt der kgl. bayer. Staatseisenbahnen und Referent bei der Generaldirektion. Diese Aufgabe behielt er noch bis 1895 bei, nachdem er bereits am 1. 7. 1891 die Tätigkeit als Oberarzt der kinderchirurgischen Abteilung aufgenommen hatte. Am 1. 1. 1898 erhielt er Titel und Rang eines a.o. Prof. und wurde 1910 etatmäßiger Extraordinarius mit dem "Lehrauftrag für chirurgische Erkrankungen im Kindesalter und ihre Behandlung." Damit war Herzog der erste Lehrstuhlinhaber für Kinderchirurgie der Universität München. Während des Krieges 1914/18 stand er vom ersten Tage an als Generaloberarzt, zuletzt als Generalarzt im Felde. Von dem Ausgang des Krieges und der Revolution war er so erschüttert, daß er trotz voller geistiger und körperlicher Rüstigkeit sein Amt in der Klinik nicht mehr übernehmen wollte und sich

am 1. 11. 1919 von der Vorlesungsverpflichtung entbinden ließ. Er starb am 1. 2. 1931.

Herzog war ein großer Kinderfreund und hatte wie kaum ein anderer Kinderarzt ein warmfühlendes Herz für die Nöte und Leiden seiner kleinen Patienten. Seine Abteilung leitete er mit wahrer Liebe und soll für ihren Ausbau auch alljährlich bedeutende private Mittel aufgewendet haben, obwohl er selbst nur ein bescheidenes Salär bezog. In der Kinderchirurgie war er auf dem rechten Platz und arbeitete sich auch rasch in die ihm neue Materie ein. Die zahlreichen chirurgischen Erkrankungen angeborenen Ursprungs, die zur Beobachtung und Behandlung in die Klinik kamen, bestimmten die Richtung seiner Arbeit. Mit Vorliebe widmete er sich diesem interessanten Gebiete und den ihm zugrundeliegenden entwicklungsgeschichtlichen Störungen. Seine Lieblingsoperation war die Operation der angeborenen seitlichen Lippenpalte, die er mit besonderer Meisterschaft ausgeführt hat (Drachter, 1920). Aber auch andere Kapitel aus der praktischen Chirurgie des Kindes hat Herzog wesentlich gefördert. So hat sich in vielen Tausenden von Fällen die von ihm gepflogene Art der Behandlung der Leistenhernie bewährt, die eine Modifikation der Macewen'schen Methode darstellt. Herzog gelangte später in den Ruf, eine selten reiche Erfahrung in der Säuglingschirurgie zu besitzen, die er infolge der Eigenart des Säuglingsalters als einen besonders schwierigen Zweig der Kinderchirurgie erkannte. Mit feinem Verständnis wog er sorgfältig die Schwere des Eingriffs und der hierdurch bedingten Gefahren gegen die Leistungsfähigkeit des Organismus des Neugeborenen ab. Vor jeder Operation überlegte er gründlich die den Säugling bedrohenden Momente wie Empfindlichkeit gegen Narkose, Blutverlust, Injektionen und er stellte auch genau die Einflüsse in Rechnung, die aus dem Wechsel von Umgebung und Ernährung oder der veränderten Körpertemperatur resultieren könnten. Peinlich gewissenhaft führte er die Nachbehandlung aller Operierten durch. Gewissenhaftigkeit, unbedingte Verlässlichkeit und höchste Einsatzbereitschaft waren überhaupt die hervorstechendsten Eigenschaften seines Wesens. Auch Oberniedermayr weiß aus mündlicher Überlieferung zu berichten, daß sein "kinderchirurgischer Großva-

ter" ein außerordentlich fleißiger und gewissenhafter Arzt gewesen ist. Absolute wissenschaftliche Wahrheit verbunden mit strenger Selbstkritik bildeten die Richtschnur seiner Publikationen. Ebenso wie sein Lehrmeister Volkmann war er ein Gegner unfertiger, voreiliger Veröffentlichungen. Sorgfältig prüfte er jede Behauptung, ob sie auch bewiesen werden könne. Seine Beiträge waren dafür auch ein Beispiel klassisch-exakter Stoffbeherrschung. Zu erwähnen sind seine "Beiträge zur Rückbildung des Nabels und der Nabelgefäße", seine Abhandlungen über die "Permeabilität der Gefäße", über "Fibrome der Bauchdecken", über die "physiologischen Grundlagen der Massage und deren Anwendung in der Chirurgie" u.a.m. Die Wissenschaft war für ihn Selbstzweck und er ging völlig in seiner Arbeit auf, vor allem nach dem frühen Tode seiner Frau.

Im Umgang mit seinen Mitarbeitern schlug er im Gegensatz zu Angerer einen ausgesprochen kollegialen Ton an. Seine Vorlesungen erfreuten sich großer Beliebtheit. Auch er hatte im Interesse einer lebensnahen Ausbildung die Gepflogenheit, seine Schüler kleinere Operationen selber ausführen zu lassen, wobei er ihnen persönlich assistierte. Herzog war äußerst anspruchslos und bescheiden und sein Schüler Drachter sagt von ihm, daß seine Bescheidenheit oft zu weit ging. Er liebte es nicht hervortreten und war keine Kämpfernatur. Dabei hätte er viel Ellenbogenpolitik nötig gehabt, um die unzureichenden Verhältnisse in der Klinik zu verbessern. Drachter teilt mit, daß er bei Übernahme der chirurgischen Abteilung geradezu dürftige Verhältnisse vorfand und daß es, was Ausstattung und instrumentelle Einrichtung anlangt, an Allem und Jedem fehlte. Die Spannungen zwischen seinem Vorgänger und v. Ranke hatten sich wohl auch insoweit negativ auf die Abteilung ausgewirkt. Es bestand der unbefriedigende Zustand, daß sich die chirurgische Abteilung teils ebenerdig, teils 4 Treppen höher befand. Auch der Vorlesungsbetrieb verlief noch höchst primitiv. Der akademische Unterricht fand teilweise - wie schon seit 1881 - in einer ehemaligen Assistentenwohnung statt, in der notdürftig Bänke für 40 Studierende aufgestellt waren (Oberniedermayr, 1969). Teilweise wurde der Op-Saal als Hörsaal benützt, was den elementaren Forderungen der Asepsis wi-

dersprach. Die schon zur Zeit Angererers zum Unterrichtsraum umgewandelte 2-Zimmererdgeschoßwohnung des Hausarztes stand zwar auch noch zur Verfügung, wurde aber von v. Ranke nicht der chirurgischen Abteilung überlassen, sondern für eigene Unterrichtszwecke in Beschlag genommen. Während der Amtszeit v. Rankes gelang es Herzog auch nicht, wesentliche Verbesserungen zu erreichen. Erst als im Jahre 1906 die Direktion der Kinderklinik an Meinhard v. Pfaundler überging, bestand auch für die chirurgische Abteilung die Aussicht auf eine längst fällige Modernisierung. Pfaundler hatte schon bei den seiner Berufung folgenden Verhandlungen darauf hingewiesen, daß das ganze Kinderspital einer durchgreifenden Reform bedürfe und er setzte sich nach seinem Amtsantritt nachdrücklich dafür ein, daß die Beseitigung der vorgefundenen Mißstände schleunigst in Angriff genommen oder wenigstens provisorisch unverzüglich Abhilfe geschaffen wird. In einem Bericht an den Verwaltungsausschuß der Universität zählte er die zahlreichen Mängel auf, u.a. den Übelstand, daß die Krankenbetten wegen ihrer unzuweckmäßigen Konstruktion keine gründliche Reinigung zuließen, daß die Krankenräume zu wenig Licht und kein Wasser hatten, daß es nicht einmal auf den Infektionsabteilungen für die Ärzte und das Pflegepersonal eine Gelegenheit zum Händewaschen gab u.a.m. Er forderte darin auch die Beseitigung des untragbaren Zustands, daß sich der ärztliche Dienst auf 7 Stationen (chirurgische, medizinische, Säuglings-, Scharlach-, Masern-, Beobachtungs- und Poliklinik) verteilt, die in besonderen Gebäuden mit getrennten Eingängen untergebracht sind und keine Verbindung untereinander besitzen. Seinem langjährigen, fortschrittlichen und "ausbaufreudigen" Wirken ist es zu danken, daß das "Hauner'sche", wie es in München allgemein genannt wurde, zu einer modernen Klinik geworden ist, deren Kredit sich weit über Südbayern hinaus ausbreitete. Kaum ein Jahr seiner Amtsperiode verging ohne technische und bauliche Verbesserungen der Klinik. Hand in Hand damit ging auch eine Reorganisation des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, der medizinisch-technischen Einrichtungen und des Verwaltungsapparats. Pfaundler strebte nach einem Klinikbetrieb, der mit einem Minimum an inneren Reibungen abliefe, der so durchorganisiert war, daß er auch im Kleinen ge-

wissermaßen von selbst funktionierte. Er gebrauchte dafür gern das Wort "Mikrokosmos", worunter er ein ausgeklügeltes und völlig in den Dienst des Kranken und der Forschung gestelltes selbstverständliches Ineinandergreifen der Anstaltsfunktionen verstand. Mit Akribie kümmerte er sich um alles, was in seiner Klinik geschah.

Wie sehr die Gestalt Pfaunders mit dem Hauner'schen Kinderspital verwachsen war, zeigte sich am augenfälligsten darin, daß er im Volksmund nicht selten als "Dr. Hauner" angeredet wurde, wozu allerdings auch die Klangähnlichkeit der Namen etwas beigetragen haben mag (De Rudder, 1948). In baulicher Hinsicht kann man hauptsächlich 3 Etappen unterscheiden, in denen er eine großzügige Umgestaltung der Klinik in die Wege leitete. Der 1. Abschnitt des Bauprogramms wurde im Jahre 1909, der 2. Teil mitten im 1. Weltkriege 1916-17, der 3. Teil von 1923 - 24 verwirklicht. Zwei Bombennächte im 2. Weltkrieg haben davon wesentliche Teile wieder zerstört.

Da Pfaundler über 3 Jahrzehnte der Universitätskinderklinik vorgestanden ist und großen Einfluß auf ihre Entwicklung genommen hat, erscheint es angebracht wenigstens die wichtigsten Daten des Lebensweges dieses großen Pädiaters hier einzuschalten.

Geboren am 7.6.1872 in Innsbruck, war Pfaundler nach Abschluß seiner Studien zunächst Assistent unter Escherich in Graz und habilitierte sich auch dort im Jahre 1900 für das Fach der Kinderheilkunde. Ein Jahr zuvor hatte er sich in Straßburg bei Franz Hofmeister gründliche physiologisch-chemische Kenntnisse angeeignet. 1902 trat er die Nachfolge Escherichs an. Nach seiner Berufung nach München wurde er Extraordinarius, wurde 1912 mit dem Titel und Rang eines o. Prof. ausgestattet und 1919 planmäßiger o. Professor. Dem Hauner'schen Kinderspital, an das er als 34-jähriger kam, ist er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1939 treu geblieben, obwohl es an Versuchen, ihn für eine andere Universität zu gewinnen, nicht gefehlt hat. Sowohl eine Berufung nach Leipzig als Nachfolger v. Soltmanns als auch nach Straßburg auf den frei gewordenen Lehrstuhl v. Czernys schlug er aus. Selbst als er 1929 an

der Universität Wien als Nachfolger Pirquets die "schönste Kinderklinik der Welt" übernehmen sollte, lehnte er ab. Seinen Lebensabend verbrachte Geheimrat Prof. Dr. Meinhard Pfaundler v. Hadermur, den die damalige politische Entwicklung zutiefst bedrückte und der ihr düsteres Ende geradezu seherisch vorausahnte, in der Einsamkeit seines väterlichen Landsitzes in Piburg im Ötztal (Tirol), wo er unter größten Entbehrungen in schwerer Nachkriegszeit am 20. 7. 1947 verstarb. Im Bergfriedhof in Ötz hat der begeisterte Bergsteiger, dem manche Erstbesteigung in den Ostalpen zuzuschreiben ist, seine letzte Ruhestätte gefunden.

Über 170 Publikationen legen von dem ungemein fruchtbaren wissenschaftlichen Wirken Pfaunders Zeugnis ab. Seine Beiträge zur allgemeinen Biologie und Pathologie des Kindes sowie eng damit verbunden die Arbeiten zum Fragenkomplex der Konstitution und zur Diathesenlehre stellen sein Hauptwerk dar. Eine Reihe seltener Krankheitsbilder wurde von ihm beschrieben, u. a. der "Typ multipler Abartung, vorwiegend am Skelettsystem", ein Phänomen, das schließlich, von Gertrud Hurler in einer Dissertation näher behandelt, unter dem Namen "Pfaundler-Hurler'sche Krankheit" (Dysostosis multiplex oder Gargoylismus) in die Literatur einging. Auch der Begriff der "perinatalen Sterblichkeit", der auf den biologischen Zusammenhang von Totgeburt und Neugeborenensterblichkeit abstellt, geht auf Pfaundler zurück. Gemeinsam mit A. Schloßmann gab er das "Handbuch für Kinderheilkunde" heraus.

Unter der Direktion Pfaunders erlebte die chirurgische Abteilung eine grundlegende Umgestaltung. Schon vor den großen Umbaumaßnahmen 1923/24 wurde viel renoviert. Außer 2 weiteren Krankensälen und allgemeinen Erneuerungen, erhielt Herzog einen großen, mit Boxen ausgestatteten Demonstrationsraum als Separatstation; auch im Operationssaal wurden verschiedene Modernisierungen vorgenommen. Ebenso wurden die unbefriedigenden Hörsaalverhältnisse geändert. Durch personelle Verbesserungen ergab sich für Herzog eine spürbare arbeitsmäßige Entlastung. Diese war auch notwendig geworden, nachdem sich während dessen Amtszeit die Frequenz um mehr als das Doppelte erhöhte und die Zahl der Operationen um mehr als das Vier-

fache anstieg. Seit 1905 hatte Herzog einen ständigen Assistenten, 1908 kam eine weitere Assistentenstelle hinzu. Einer der Assistenten war damals vorübergehend Dr. Drachter, der vom 1. 4. 1909 - 31. 7. 1910 erstmals bei Herzog arbeitete. Über die Anzahl der Volontärärzte und Medizinalpraktikanten finden sich in den Jahresberichten nur ungenaue Angaben. Eine erhebliche Arbeitserleichterung für die Abteilung stellte es dar, daß ab 1912, wo auch ein Röntgengerät angeschafft wurde, eine eigene Stationschwester zugeteilt wurde, so daß die Operationschwester von nun an ausschließlich für die Op-Tätigkeit zur Verfügung stehen konnte.

Als großes Verdienst Herzogs muß hervorgehoben werden, daß er den Wert heilgymnastischer Übungen für die Kinderchirurgie frühzeitig erkannte und schon bald nach seinem Amtsantritt für jene Kinder, bei denen die Rekoneszenz durch körperliches Training gefördert werden konnte, regelmäßige Turnstunden veranstalten ließ. Solche heilgymnastischen Übungen waren zwar schon seit 1889 versuchsweise an der Kinderklinik eingeführt worden und v. Ranke hatte damals seinen poliklinischen Assistenten beauftragt, im Wartezimmer der Ambulanz für an Verkrümmungen leidende Kinder Bewegungsübungen mit entsprechenden Apparaten durchzuführen. Aber erst durch Herzog wurden diese Versuche in richtige Bahnen gelenkt und zu einer wichtigen Einrichtung postoperativer kinderchirurgischen Tätigkeit ausgebaut. Seit 1897 enthalten die Jahresberichte auch statistische Angaben über die orthopädischen Turnstunden, die 2 mal wöchentlich abgehalten wurden. Zu Anfang betrug die Zahl der daran teilnehmenden Kinder 33 und stieg bis in die letzten Jahre vor dem 1. Weltkrieg auf 79 - 86. Von 1906 - 1914 hielt Herzog folgende ständige Vorlesungen:

Chirurgische und orthopädische Klinik im Kinderspital, 2-st, publ.

Verbandskursus mit praktischen Übungsstunden verbunden mit der Besprechung von Frakturen und Luxationen, 3-st, privatiss. Ausgewählte Kapitel aus der orthopädischen Chirurgie, 1-st, publ.

Die Operationstätigkeit Herzogs war sicher sehr vielseitig, aber leider sind Einzelheiten nicht mehr feststellbar, weil

Operationsberichte oder andere Unterlagen aus dieser Zeit nicht vorhanden sind. Aus dem erhaltengebliebenen Material sind nur wenige Details zu entnehmen, so z.B. der Hinweis, daß 1913 2 Hydrocephalus-Operationen ausgeführt wurden, ohne daß aber über die näheren Umstände und den Erfolg des Eingriffs etwas berichtet wird. Jedoch erlauben die Jahresberichte die nachstehende statistische Übersicht, bei der zu berücksichtigen ist, daß die Operationszahlen auch die ambulanten Fälle einschließen:

	<u>1891</u>	<u>1894</u>	<u>1897</u>	<u>1900</u>	<u>1903</u>	<u>1906</u>	<u>1909</u>	<u>1912</u>	<u>1914</u>
stationäre chir. Fälle	246	283	219	325	368	370	395	536	560
ausgeführte Operationen	177	314	492	484	-	447	488	642	728

3. Die Zeit Richard Drachters (1914 - 1936)

Mit der Einberufung Herzogs zum Kriegsdienst war seine Tätigkeit als Leiter der kinderchirurgischen Abteilung praktisch beendet. Seine Aufgabe wurde von Dr. Drachter wahrgenommen, der 1912 wieder als Assistent an die Abteilung zurückgekehrt war, auf Grund einer Uk-Stellung den ganzen Krieg über dort verblieben ist und nach Herzogs Entpflichtung vertretungsweise die Abteilung weiterführte, bis er am 16. 9. 1922 etatmäßiger Oberarzt wurde.

Richard Drachter, geb. 20. 2. 1883 in Ellwangen (Württ.) als Sohn eines Medizinalrates, studierte in Tübingen, Kiel und zuletzt in München, wo er auch am 2. 10. 1909 promoviert wurde. Nach der ersten kurzen Assistentenzeit bei Herzog war er zunächst vom 1. 8. - 31. 10. 1910 Volontärarzt im städtischen Krankenhaus links der Isar, dann vom 1. 11. 1910 - 30. 6. 1911 Volontär- und Assistenzarzt bei Ottmar v. Angerer in der Chirurgischen Klinik, um anschließend bis 30. 9. 1912 Schiffsarzt beim Norddeutschen Lloyd zu werden. Vom 1. 10. 1912 bis zu seinem frühzeitigen Ableben gehörte er ununterbrochen der chirurgischen Abteilung der Universitätskinderklinik an. Am 18. 8. 1917 erfolgte seine Habilitation mit der Habilitations-

schrift "Thorax, Respirationstraktus und Wirbelsäule", die in Fachkreisen als bewundernswert galt. Am 21. 12. 1917 wurde er als Privatdozent verpflichtet. Das "Extraordinariat für die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters und deren Behandlung", das Herzog inne hatte, wurde Dr. Drachter vor-
enthalten. Diese Stelle wurde vielmehr in eine a.o. Professur für allgemeine Chirurgie umgewandelt und dem Priv. Doz. Dr. Ludwig Ritter und Edler von Stubenrauch übertragen, einem Assistenten Sauerbruchs, dem Nachfolger Angererers auf dem Lehrstuhl für Chirurgie. Hierdurch wurde Drachter offensichtlich benachteiligt. Die Benachteiligung dürfte damit zusammenhängen, daß Sauerbruch die Kinderchirurgie nicht als Spezialität anerkennen wollte. Er scheint die Berufung Drachters mit allen Mitteln verhindert zu haben, um seinen Assistenten zu protegieren. Das ging sogar soweit, daß Drachter die fachliche Eignung abgesprochen wurde. Auf diese Weise brauchten die wahren Gründe für dessen Zurücksetzung nicht beim Namen genannt zu werden. Mit dem Standpunkt, daß Drachter für das Extraordinariat "noch nicht reif sei", konnte sich Sauerbruch auch schließlich in der Fakultät durchsetzen. Bereits in einem Schreiben an den Akademischen Senat vom 5. 7. 1921 hat das Dekanat der Medizinischen Fakultät die Weichen endgültig gegen Drachter gestellt. Dieses Schreiben erscheint so aufschlußreich, daß sein voller Wortlaut wiedergegeben wird:

"Betreff: Wiederbesetzung der außerordentlichen Professur für Chirurgie des Kindesalters

Die Wiederbesetzung der a.o. Professur für Chirurgie des Kindesalters, die nach Emeritierung von Prof. Herzog im November 1919 frei geworden ist, hat der medizinischen Fakultät große Schwierigkeiten bereitet.

Das Extraordinariat war bisher verbunden mit der Oberarztstelle der chirurgischen Abteilung des Hauner'schen Kinderspitals. Diese Doppelstellung mit einer Person zu besetzen, wäre nach Ansicht der Fakultät die sachlich gegebene und ideale Lösung. Ihr stellen sich aber Schwierigkeiten entgegen, die unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Seit dem Rücktritt von Prof. Herzog und schon vorher während dessen Abwesenheit im Felde hat der Assistent der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals, Priv. Doz. Dr. Drachter, die ärztliche Leitung dieser Abteilung inne. Nach Aussage des Direktors der Kinderklinik, Prof. Dr. Pfaundler, hat er mit großem Eifer seine Pflicht erfüllt und sich unermüdlich der ihm anvertrauten Kinder angenommen. Darüber hinaus hat er eine Reihe von wissenschaftlichen Publikationen ausgeführt, die von Prof. Pfaundler hoch eingeschätzt werden. Schließlich hebt Prof. Pfaundler das harmonische Zusammenarbeiten mit Dr. Drachter hervor. Unter der Voraussetzung, daß Dr. Drachter die Anforderungen, die eine Fakultät an ein selbständiges Extraordinariat stellen muß, erfüllt, würde wohl die Fakultät auch dem Vorschlag von Prof. Pfaundler, Dr. Drachter mit der Nachfolge zu betrauen, zugestimmt haben. Indessen liegen die Verhältnisse so, daß nach den eingeholten Gutachten die Fakultät Dr. Drachter die Qualifikation für ein Extraordinariat nicht anerkennen kann. Es muß aber im Interesse des akademischen Unterrichts und der akademischen Forschung unbedingt verlangt werden, daß ein nicht oder jedenfalls noch nicht qualifizierter Kandidat nicht berufen wird. Die Fakultät würde also unter keinen Umständen Dr. Drachter zum Extraordinarius vorschlagen können. Auf der anderen Seite aber erkennt die Fakultät die Wünsche von Prof. Pfaundler als berechtigt an. Sie versteht, daß Prof. Pfaundler Wert darauf legt, mit einem eingearbeiteten, ihm sympathischen und vertrauten Chirurgen die gemeinsame Arbeit zu leisten.

Die Fakultät möchte diesem mit Nachdruck vorgebrachten Wunsch von Prof. Pfaundler im Interesse der Harmonie entgegenkommen und erlaubt sich dem Akadem. Senat mit der Bitte um Befürwortung bei dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus folgenden Vorschlag zu unterbreiten: Das bestehende Extraordinariat für Chirurgie des Kindesalters wird bis auf weiteres umgewandelt in ein Extraordinariat für Chirurgie, das durch ein geordnetes Be-

rufungsverfahren besetzt werden soll.

Die Kinderklinik verzichtet für die nächsten Jahre auf das Extraordinariat, behält aber die Oberarztstelle, die schon vor der Schaffung des Extraordinariats bei der Klinik bestanden hat. Die Oberarztstelle soll unter Umständen der chirurgischen Abteilung der Kinderklinik zur Verfügung stehen und angemessen dotiert werden. Sie würde Dr. Drachter anvertraut. Die Fakultät glaubt, daß mit dieser Lösung die bestehenden Schwierigkeiten beseitigt werden, die Sonderwünsche von Prof. Pfaundler zur Geltung kommen, andererseits aber auch vermieden wird, einen noch nicht qualifizierten Chirurgen auf ein Extraordinariat für Chirurgie zu berufen.

gez. Frank
Dekan "

Drachter sollte also nach den Intentionen der medizinischen Fakultät nur Oberarzt werden. Indessen war eine solche Stelle überhaupt nicht vorhanden und vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus auch gar nicht vorgesehen. "Die Schaffung einer neuen Oberarztstelle", hieß es noch im Schreiben des Ministeriums vom 15. 3. 1922, "kann nicht in Aussicht genommen werden, da kein dringendes sachliches Bedürfnis vorliegt." Dank des Eingreifens Pfaunders wurde aber schließlich doch eine Oberarztstelle der Chirurgischen Klinik an die Kinderklinik im Austausch gegen eine Assistentenstelle transferiert und am 12. 9. 1922 Dr. Drachter verliehen, der dann am 10. 10. 1922 auch Titel und Rang eines a.o. Prof. für Chirurgie erhielt. Pfaundler schaltete sich damals sehr engagiert ein, um eine Abwertung "seiner" Kinderchirurgie zu vermeiden. In Drachters entscheidender Existenzfrage war es also der Pädiater, der dem Kinderchirurgen gegen dessen eigene Fachrichtung zu Hilfe kommen mußte. Jedoch konnten auch der Kampfgeist und die Zähigkeit Pfaunders den Abzug des kinderchirurgischen Lehrstuhls nicht anhalten, den Sauerbruch, zuletzt in seiner Eigenschaft als Dekan, in einem

Gutachten vom 31. 7. 1922 hartnäckig gefordert hatte (s. Anhang). Zu Lebzeiten Drachters gelang es auch nicht mehr, das Extraordinariat für Kinderchirurgie wieder an die Universitätskinderklinik zurückzuholen. Auch nachdem v. Stubenrauch im Jahre 1930 aus der chirurgischen Poliklinik ausgeschieden war, hatten die Bemühungen, der freigewordenen a.o. Professur "mit Rücksicht auf den vorigen Inhaber wieder ihre ursprüngliche Bezeichnung zurückzugeben" und sie der kinderchirurgischen Abteilung wieder zur Verfügung zu stellen, zunächst keinen Erfolg. Erst im Jahre 1935 führte der langjährige Kampf Pfaunderlers um den verlorengegangenen Lehrstuhl zu einem positiven Ergebnis und Drachter stand kurz vor dem Ziel. Am 17. 5. 1935 wurde er vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus dem Reichswissenschaftsministerium in Berlin für die Besetzung der a.o. Professur für Kinderchirurgie vorgeschlagen. Zur Ernennung kam es nur deshalb nicht mehr, weil er im Herbst 1935 an einem Lungengangrän mit Wiederaufflackern eines alten Tbc-Herdes erkrankte und nicht mehr dienstfähig wurde. Drachter hat sich von seinem Leiden nicht mehr erholen können. Er verschied am 21. 3. 1936 im Nymphenburger Krankenhaus in München, wobei jedoch bei der Sektion eine verkannte Appendixperforation als eigentliche Todesursache festgestellt wurde. "Es ist besonders tragisch gewesen", schreibt sein Schüler und Nachfolger Oberniedermayr, "daß er letztlich an einer nicht erkannten Appendicitis gestorben ist, der uns zeit seines Lebens die Diagnostik dieses heimtückischen Leidens täglich eingebläut und die Wichtigkeit der Frühoperation gefordert hatte."

Die Persönlichkeit Drachters kann niemand besser beurteilen als Oberniedermayr, der seit 1931 unter ihm als Assistent gearbeitet hat. Von ihm wissen wir, daß Drachter keine einfache Persönlichkeit war, mit der man schnell in Kontakt kam. "Ich möchte fast sagen", berichtet Oberniedermayr (1969), "er war ein bißchen schwierig, wenn man ihn aber näher kennen lernen durfte oder so wie ich, mehrere Jahre tagtäglich mit ihm zusammen war, mit ihm diskutierte über alles, was es in und außerhalb der Klinik an medizinischen, politischen oder kulturellen Problemen gab, so merkte man bald, daß hinter der

oft rauhen Schale ein besonders weiches, gütiges Herz schlug. Wie hätte er es sonst, der keine eigenen Kinder hatte, so gut mit seinen kleinen Patienten verstehen können?" Auch Prof. Wiskott, der Drachter aus langer gemeinsamer Dienstzeit näher kannte, charakterisierte ihn in ähnlicher Weise und nennt dabei als auffälliges Wesensmerkmal vor allem sein zum Pessimismus neigendes Naturell. Welcher aufopfernder Berufshingabe er fähig war, zeigte sich in der Kriegszeit, wo er bei überbelegter Abteilung und reduziertem Personalstand ohne Urlaub Tag und Nacht dienstbereit sein mußte. Alle Krankenhäuser verlegten damals die Patienten im Kindesalter in das Hauner'sche Spital, um Platz für Verwundete zu schaffen. Als ärztliche Mitarbeiter standen fast ausschließlich weibliche Kräfte zur Verfügung, die zudem häufig wechselten. Abgesehen von dem Med. Prakt. cand. med. Joseph Rudolf Goßmann, der 1914 zur Ausbildung zugeteilt wurde und auch 1915 als Hilfsarzt bei der Abteilung blieb, standen Drachter während der ganzen Kriegszeit keine männlichen Assistenten zur Seite. Die wissenschaftlichen Arbeiten mußten bis Kriegsende ganz eingestellt werden, auch der Vorlesungsbetrieb fiel zunächst aus. Erst im WS 1917/18 nahm Drachter mit der 2-stündigen Vorlesung "Die chirurgischen Erkrankungen des Kindes (diagnostischer und therapeutischer Kurs mit Krankenvorstellung)" den Unterricht für eine sehr bescheidene Hörerzahl wieder auf. Sein klinisches Arbeitspensum im Kriege war, unter Berücksichtigung des Umstands, daß er nur geringe Unterstützung hatte, sehr erheblich und stellte sich wie folgt dar:

	<u>1915</u>	<u>1916</u>	<u>1917</u>	<u>1918</u>
stationär chir. Fälle:	648	760	907	875
Operationen:	783	758	844	815
chirurgische Poliklinik:	2632	2445	2486	2303

Viel Umsicht und organisatorisches Geschick wurde von Drachter verlangt, als am 1./2. 5. 1919 das spartakistische München von den Regierungstruppen befreit wurde und das Hauner'sche Kinderspital zum heißumkämpften Mittelpunkt der "Schlacht am Goetheplatz" gemacht wurde (Pfaundler, 1927).

Die kranken Kinder mußten vor den allseits einschlagenden Geschoßen in Sicherheit gebracht werden und es gelang auch, in der chirurgischen Abteilung durch rechtzeitige Evakuierung der Krankensäle, in die vorübergehend 40 Mann einquartiert wurden, die krisenhafte Situation ohne Verluste zu überstehen.

Nach diesen bewegten Tagen, die wohl zu den aufregendsten in der Geschichte des Hauner'schen Kinderspitals gehören, war der Weg zur Wiederherstellung eines geordneten Klinikbetriebes frei, zumal auch die personelle Durststrecke vorüber war. Dr. Joseph Goßmann kehrte als Volontärarzt an die Abteilung zurück. Außer ihm waren noch Dr. Stiocker und ein weiterer Volontärarzt beschäftigt. Von 1925 an hatte die Abteilung 1 Vollassistenten und 3 Hilfsassistenten.

Mit Dr. Goßmann, der ab 1. 4. 1923 die 1. Assistentenstelle einnahm, erhielt Drachter einen ebenso tüchtigen Kinderchirurgen wie treu ergebenden Mitarbeiter, dem er bis zu seinem Lebensende in aufrichtiger Freundschaft verbunden blieb. Goßmann war nach der persönlichen Erfahrung Oberniedermayrs das Vorbild eines gewissenhaften Arztes. "Er war immer für jeden da, zu jeder Tages- und Nachtzeit." Als er nach etwa 10-jähriger Zusammenarbeit mit Drachter aus der kinderchirurgischen Abteilung ausschied und eine Privatpraxis eröffnete, war er der gesuchte private Kinderchirurg in München und auch der begehrte Konsilarius der hier niedergelassenen Kinderärzte, mit denen er ja zumeist im Hauner'schen zusammengearbeitet hatte. Einer größeren Fachwelt ist er dadurch bekannt geworden, daß er an Drachters Lehrbuch für Kinderchirurgie als Mitherausgeber beteiligt war. Auch durch mehrere Spezialveröffentlichungen hat er sich einen Namen gemacht.

Dank der großen Hilfe, die Drachter an Goßmann hatte, konnte er sich selbst wieder in vermehrtem Umfang der wissenschaftlichen Arbeit widmen. Die Mehrzahl seiner Abhandlungen sind in dieser Zeit entstanden. Entsprechend den Anforderungen des Krankenguts befaßte sich Drachter besonders eingehend mit der Bruch- und Bauchbehandlung, mit Operationen an Hautgeschwülsten, an den Harnorganen und bei eitriger Rippenfell-

entzündung sowie bei mißgestalteten Gliedern. Die meisten der ihm besonders liegenden Operationen fanden ihren Niederschlag in entsprechenden Veröffentlichungen. Virtuos beherrschte er die höchstschwierige Technik gewisser plastischer Operationen bei angeborenen Mißbildungen wie Hassen-scharte, Gaumenspalte und Schiefhals. Fast auf allen diesen Gebieten hat er wissenschaftliche Studien angestellt. Die Appendicitisfrühdiagnose durch Beobachtung der reflektori-schen Bauchdeckenspannung war ein Steckenpferd Drachters. Außerdem galt der Urologie sein besonderes Interesse. Als methodisch geschulter Denker suchte er stets und fand oft neue Gesetzmäßigkeiten in seinem Fachbereich. Erwähnenswert ist seine Veröffentlichung "Über neue operative Wege zur Druckentlastung bei angeborenem Hydrocephalus" (1925). Sein Hauptwerk ist sein Lehrbuch "Chirurgie des Kindesalters", das 1930 als 9. Band im Handbuch für Kinderheilkunde von Pfaund-ler/Schloßmann erschien und lange Zeit das einzige allumfas-sende Standardwerk der Kinderchirurgie bildete. Bis Sommer-semester 1935 liest er als nichtplanmäßiger a.o. Prof. für Chirurgie: Chirurgische und orthopädische Klinik im Kinder-spital. 2 stündig publice.

Die Münchner Kinderchirurgie ist Drachter besonderen Dank schuldig für seine maßgebliche Mitwirkung bei der Errichtung des 1923/24 entstandenen Erweiterungsbaues. Dieser Neubau kam hauptsächlich der chirurgischen Abteilung zugute, die nicht nur überlastet war, sondern deren Einrichtung und Un-terbringung im Erdgeschoß des Altbaus in keiner Weise mehr den modernen Anforderungen entsprach. Drachters Verdienst ist es, unter dem entgegenkommenden Verständnis Pfaundlers eine nach damaligen Begriffen zeitgemäß ausgestaltete chirurgische Abteilung geschaffen zu haben. Er hat damit den Grundstock gelegt für den guten Ruf, den sich die damals einzige süd-bayerische kinderchirurgische Abteilung in der Folgezeit er-werben konnte (Oberniedermayr, 1969). Die Bauausführung wur-de von Drachter und Oberbauamtmannt Steiger sorgfältig durch-daucht. Eine Konkurrenz mit Klinikpalästen nach amerikanischem Muster war nicht angestrebt, da Drachter auf dem Standpunkt stand, daß man, um Kranken zu helfen, vor allem Menschen

braucht und nicht Mauern. Die Abteilung wurde aber beim Umbau völlig neu konzipiert und in sich geschlossen im 2. Obergeschoß des Haupthauses untergebracht, wo sie die ganze Front der nach der Lindwurmstraße gelegenen Räume einnahm. Sie verfügte von nun an über 52 anstatt bisher 34 Betten, die sich auf 15 Zimmer verteilten; dazu kamen Unterbringungsmöglichkeiten für 6 erwachsene Begleitpersonen und eine schöne Separatabteilung mit Loggien nach Südosten. Am Nordostende lag der Trakt mit 2 Operationssälen, einer eigenen Röntgenabteilung, einem Gipszimmer sowie 2 Zimmer des Oberarztes. Eine Wendeltreppe führte hinab in 2 neue chirurgische Ambulanzzimmer mit Warteraum. Auch für sonstige Nebenräume wie Laboratorium, Badezimmer, Teeküche, Assistentenzimmer usw. war ausreichend gesorgt. Die ganze Klinik gewann durch den Umbau, der kurz vor Weihnachten 1924 in feierlichem Rahmen seiner Bestimmung übergeben wurde, ein völlig neues Gesicht, so daß man behaupten konnte: "Das Hauner'sche Kinderspital war damals das Vorbild eines Kinderzentrums wie es uns heute als Ideal im größeren Stil wieder vorschwebt" (Obarniedermayr, 1969). Diese Klassifizierung drängte sich vor allem auf, wenn man die regelmäßigen Sprechstunden des Ohrenarztes Prof. Wanner und des Augenarztes Prof. v. Passow in den Tätigkeitsbereich der Klinik einbezog und die engen Konsiliarbeziehungen zur Dermatologischen Klinik berücksichtigte.

Der großzügige Ausbau der chirurgischen Abteilung wäre nicht möglich gewesen ohne die positive Einstellung Pfaundlers zur Kinderchirurgie. Dieser ging sogar soweit, daß er geplante Baumaßnahmen der medizinischen Abteilung zurückstellte, um den "stark erweiterten Wünschen des chirurgischen Leiters" Rechnung tragen zu können. Daß Pfaundler zu den überzeugten Verfechtern einer integrierten Kinderchirurgie gehörte, kann überhaupt nicht hoch genug für die Entwicklung der Münchener Kinderchirurgie veranschlagt werden. Gerade unter den damaligen Münchener Verhältnissen bedurfte die Kinderchirurgie dringend einer Rückenstärkung. Hinzu kam, daß im Jahre 1924 die ganze Klinik infolge der schwierigen Finanzlage vor dem Zusammenbruch stand und die Schließung der chirurgischen Abtei-

lung als erste Sanierungsmaßnahme in Erwägung gezogen wurde. Ihre Weiterführung stand auf des Messers Schneide. Nur durch gezielte Agitationen der Presse und die Initiative Pfaundlers, der damals auch den "Verein zur Unterstützung des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals" wieder neu belebte, konnte das Schlimmste abgewendet und die Zeit bis zur Normalisierung der Lage überbrückt werden. Pfaundler ist immer für den Bestand einer gut geführten chirurgischen Abteilung eingetreten, die er als unerlässliches Attribut einer Kinderklinik ansah. In einem Rechenschaftsbericht von 1936 legte er unter Hinweis auf seine 40-jährige Erfahrung nochmals ein deutliches Bekenntnis zur kooperativen Zusammenarbeit ab und argumentierte:

"Die unmittelbare und tägliche Zusammenarbeit mit dem Chirurgen im Hause, die unzähligen Geseilsen des Internisten auf der chirurgischen Abteilung und umgekehrt, die die sehr zahlreichen sog. Grenzfälle erforderlich machen, wirken sich selbstverständlich in vorteilhaftester Weise zum Wohle der Patienten aus. Jedermann weiß, daß in der Privatpraxis sehr oft der Internist einen Chirurgen zuziehen muß und umgekehrt. Die Schwierigkeiten der Untersuchung im frühen Kindesalter erhöhen die Zahl der Fälle, wo der Chirurg etwas sieht oder weiß, was dem Pädiater entgangen ist und umgekehrt. Es würde mit großen Umständen und mit Zeitverlust verbunden sein, wenn das Kinderhospital da jedesmal, also täglich mehrmals, einen Facharzt aus der chirurgischen Haupt-Klinik zitieren und empfangen müßte. Die gleiche Zusammenarbeit wie auf den beiden Abteilungen unseres Hauses hat sich in den beiden Ambulatorien aus gleichen Gründen glänzend bewährt. Hier wäre die Zuziehung eines Auswärtigen überhaupt unzulässig; dazu muß man eben Türe an Türe ordinieren und gleichzeitig behandeln. Viele Kinder der Abteilung sowie der Ambulanz sind gleichzeitig einerseits intern, anderseits chirurgisch krank. Es ist für die Kinder und für die Eltern ein großer Vorteil, wenn sie bei der Entdeckung eines chirurgischen Nebenleidens (etwa eines Leistenbruches) bei einem intern vorgestellten Kinde sogleich auch hinsichtlich des besagten Nebenleidens fachärztlichen Rat erhalten können."

Der Mitarbeiterstab Drachters wuchs in den Jahren nach 1925 allmählich auf eine stattliche Zahl kinderchirurgisch tätiger Ärzte an und umfaßte zuletzt: 1 Stellvertreter des Leiters, 5 ordentl. bzw. a.o. Assistenten, 4 Volontärärzte und 3 Medizinalassistenten. Den Arbeitsumfang beleuchten nachstehende Zahlen:

	<u>1926</u>	<u>1927</u>	<u>1928</u>	<u>1929</u>	<u>1930</u>	<u>1931</u>	<u>1932</u>	<u>1933</u>
Stat. chir. Fälle	892	1024	920	1050	1201	1181	1201	1250
Operationen	664	946	958	942	1059	1231	1229	1200
Chir. Poliklinik	2297	2677	2327	1856	1908	2049	2098	2208
	<u>1934</u>	<u>1935</u>	<u>1936</u>					
Stat. chir. Fälle	1200	1343	1535					
Operationen	1268	1577	1583					
Chir. Poliklinik	2020	1912	2124					

Die operative Tätigkeit innerhalb dieser Zeit erstreckte sich auf alle damals der Behandlung zugänglichen chirurgischen Erkrankungen, abgesehen von der großen Thoraxchirurgie, die seit jeher durch gegenseitige Übereinkunft den Spezialabteilungen der Chirurgischen Universitätsklinik überlassen wurde (Oberniedermayr, 1969). Interessant ist auch festzustellen, daß die Erkrankungen des Magen-Darmtrakts bei Neugeborenen, außer den Atresien des Enddarms, in der Zeit vor dem 2. Weltkrieg fast keine Rolle spielten. Sie wurden nicht vor dem Tode des Neugeborenen diagnostiziert und hätten auch nicht mit Erfolg behandelt werden können. Die Übersicht über den Anfall der wichtigsten Operationen ergibt folgendes Bild:

1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935

Operationen an
Kopf und Hals

Trepanation d. Schädelknochen	2	1	1	2	2	2	1	-	-	2
Operat. b. Hydro- cephalus cong.	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Lippenplastik	34	38	43	35	39	39	32	28	40	45
Gaumenplastik	73	85	47	65	94	58	69	81	54	78
Operat. b. Schiefhals	4	4	2	4	4	2	3	10	5	3
Strumektomie	-	-	1	4	2	3	1	-	-	3
Tracheotomie	1	3	-	1	3	3	4	3	6	5
Exstirpation v. Tumoren und an- geborenen Fi- steln am Hals	7	3	3	1	7	4	3	-	3	1

Operat. a. Brust-
korb u. Wirbel-
säule

Spina bifida	2	-	4	-	3	2	-	5	3	1
Rippenresektion	3	7	-	-	1	6	7	2	5	4
Andere Methoden d. operat. Emphy- sembehandlung	12	14	14	6	8	13	14	22	25	21

Operat. a. Bauch-
eingeweiden

Laparatomie b. Appendicitis	76	100	112	83	93	110	113	130	106	112
Laparatomie b. Pneumok. perito- nitis	-	-	5	1	2	3	2	1	6	1
Laparatomie b. Bauchfell-Tbc	4	-	-	4	4	3	3	1	-	1
Laparatomie b. Darminvagina- tion u. Ileus	4	1	8	12	7	8	5	12	4	2
Weber-Hamstedt'sche Operat.	13	14	8	10	6	4	4	10	3	7

	<u>1926</u>	<u>1927</u>	<u>1928</u>	<u>1929</u>	<u>1930</u>	<u>1931</u>	<u>1932</u>	<u>1933</u>	<u>1934</u>	<u>1935</u>
Atresia ani	2	4	2	7	3	4	3	2	5	1
Prolapsus recti	12	13	10	13	17	15	24	29	12	12
Entfernung v. Reotumpolypen	-	-	1	4	7	4	6	3	5	2
Darmplastik	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
<u>Radicaloperat.</u> <u>b. Hernien</u>										
Leistenhernien	100	113	78	91	89	118	95	86	92	119
Nabelhernien	15	24	18	28	29	41	23	33	34	38
Bauchnarbenbrüche	2	-	-	3	1	1	4	5	4	-
Labialhernien	-	-	11	4	5	5	11	5	1	1
Hernia epigastrica	-	-	1	1	-	1	3	1	-	1
<u>Operat. a. d.</u> <u>Harn-u. Geschlechtsorganen</u>										
Eröffnung e. paranephrit. Abszesses	1	-	1	-	-	1	2	1	1	2
Exstirpation v. Nierentumoren	4	3	1	1	1	-	-	1	1	3
Nephrectomie	-	-	1	1	3	4	2	2	2	4
Entfernung e. Ureter- oder Blasensteines	-	-	1	2	2	1	2	-	-	-
Operat. b. Ectopia vesicae	1	-	1	1	-	2	-	2	-	3
Hypospadie	1	1	1	2	1	7	-	2	4	-
Kryptorchismus	-	-	8	2	4	11	5	13	5	8
Hydrocele	12	17	6	10	6	18	8	11	11	8
Phimose	11	14	13	11	11	4	16	20	27	30

1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935

Exstirpation e. stielgedreh- ten Ovars	-	-	1	2	1	1	1	1	1	1
<u>Operat. a. d. Ex-</u> <u>tremitäten</u>										
Redressement	35	73	27	15	16	113	64	95	106	218
Tenotomie	7	4	12	8	12	3	-	-	-	-
Muskel- u. Sehnentrans- plantation u. Plastik	-	-	3	3	2	1	-	-	1	3
Syn-u. Pely- dactylie	-	-	6	2	4	19	18	5	5	5
Osteotomie	8	14	12	18	12	2	-	-	1	4
Amputation	2	-	2	5	4	4	2	-	3	-
<u>Operat. a. d.</u> <u>Haut</u>										
Excisionen (Hämangiome, Atherome, Naevi, Cysten, Lipome)	-	-	73	91	117	93	144	134	155	199

IV.

DIE KINDERCHIRURGIE UNTER DER ÄRA OBERNIEDERMAYR (1936-1969)

1. Anton Oberniedermayr: Der erste Ordinarius für Kinderchirurgie

Nach Drachters Tod übernahm Dr. Anton Oberniedermayr die Leitung der chirurgischen Abteilung. Damit wurde nicht nur ein neues, sondern auch sehr wichtiges Kapitel im Buch der Münchner Kinderchirurgie aufgeschlagen. Denn unter Oberniedermayr erfolgte der entscheidende Durchbruch der Kinderchirurgie zur vollen wissenschaftlichen Anerkennung, die in der Errichtung des ersten deutschen, wenn auch noch persönlichen Ordinariats für Kinderchirurgie ihren markanten Ausdruck fand. Schon der Umstand, daß Oberniedermayr fast 4 Jahrzehnte, also länger als jeder Abteilungsleiter vor ihm, mit der Klinik verbunden war, macht deutlich, welche Bedeutung dieser Epoche zukommt.

Anton Oberniedermayr, am 31. 10. 1899 in Bamberg als Sohn eines Majors geboren, war erst Kriegsfreiwilliger und Offizier des 1. Weltkrieges, bevor er sich in München dem Medizinstudium zuwandte. Nach weiteren Studien in Münster und Leipzig legte er im Dezember 1923 in München das medizinische Staatsexamen ab, wo er auch am 14. 2. 1923 promoviert wurde und am 31. 1. 1925 die Approbation erhielt. Sein Dissertationsthema lautete: "Über Ileus infolge Appendixumsehlingung bei Ileocoecaltuberkulose." Seine erste Assistentenstelle bekleidete er am Pathologischen Institut in Leipzig bei Prof. Hueck, bei dem er 2 Jahre tätig war. Seine chirurgische Ausbildung absolvierte er an der Würzburger Universitätsklinik bei Fritz König. Von dort aus war er auch 1927 vorübergehend als Gastarzt in der Münchener orthopädischen Klinik bei Fritz Lange beschäftigt. Am 1. 1. 1931 kam er dann an die kinderchirurgische Abteilung zu Drachter, seiner endgültigen Wirkungsstätte bis zu seiner Emeritierung. "Ich entschloß mich für mein späteres Lehrfach", bekannte er in seiner Abschiedsvorlesung am 4. 7. 1969, "weil mir das Kind als

Patient immer schon besonders liebens- und umsorgenswert und die Anwendung der Chirurgie, der ich mich nun einmal aus Überzeugung verschrieben hatte, in der Behandlung des Kindes deshalb besonders sinnvoll erschien." Am 14. 12. 1935 habilitierte er sich bei Erich Lexer für das Fach der Chirurgie mit dem Thema: "Experimenteller Beitrag zur Frage des Harnblasen-Harnleiterrückflusses." Am 1. 10. 1936 wurde er mit der Führung der Abteilung betraut. 1940 erhielt er den Titel eines apl. Professors der Chirurgie, 1959 erfolgte seine Ernennung zum Extraordinarius für Kinderchirurgie.

Dieser Lehrstuhl war 1956 neu geschaffen worden. Nach 35 Jahren wurde somit ein an Drachter und der Münchner Kinderchirurgie begangenes Unrecht wieder gutgemacht. "Aus Gründen der Tradition und des Ansehens der jetzigen kinderchirurgischen Abteilung hatte sich", wie sich aus den Akten des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus ergibt, "die Fakultät entschlossen, die Errichtung eines planmäßigen Extraordinariats für Kinderchirurgie zu beantragen." Dasselbe wurde dann mit Entschließung des Kultusministeriums vom 19. 9. 1956 genehmigt und war ab 1. 1. 1957 besetzbar. Mit führenden Kinderchirurgen wie Prof. Grob (Zürich) und Prof. Rehbein (Bremen) war Oborniedermayr damals in Konkurrenz gestanden als ihm die a.o. Professur verliehen wurde.

Die Initiative zur Wiedererrichtung des Lehrstuhls für Kinderchirurgie ging damals von Prof. Wiskott aus, dem Direktor der Kinderklinik. Aus den Fakultätsprotokollen läßt sich feststellen, daß dieser bereits am 17. 2. 1954 ein planmäßiges Extraordinariat beantragt hatte. Er war es auch, der nach der Stellenbewilligung darauf gedrängt hat, die Besetzung baldmöglichst vorzunehmen. Es wurde aber von der Fakultät die Berufung immer wieder hinausgeschoben. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß offensichtlich die Verzögerung der Besetzung des im September 1956 genehmigten kinderchirurgischen Lehrstuhls durch Intervention von seiten der allgemeinen Chirurgie mitentstanden ist, denn nur so kann eine Protokollpassage über eine Fakultätssitzung vom Dezember 1956 verstanden werden, in der "auf die Bedenken von all-

gemein chirurgischer Seite hingewiesen wird, die durch immer weitere Absplitterung neuer Lehrstühle von der chirurgischen Disziplin erhoben wurden." Zwei andere Gründe waren weiterhin dafür verantwortlich, daß erst 3 Jahre nach dem Erlass des Kultusministeriums zur Errichtung des kinderchirurgischen Lehrstuhls Oberniedermayr berufen wurde: einmal wollte die Fakultät die bevorstehende Berufung des neuen Ordinarius für Chirurgie, Prof. Zenker, abwarten und zum anderen entstand ein Streit mit dem Kultusministerium, ob das kinderchirurgische Extraordinariat durch Anhebung der Oberniedermayr'schen Oberarztstelle oder durch Neuschaffung einer entsprechenden Stelle eingerichtet werden sollte. So zog sich, trotz Mahnung des Kultusministeriums und Einschaltung des pädiatrischen Ordinarius, Prof. Wiskott, die Berufung auf das Extraordinariat für Kinderchirurgie noch bis 1959 hin. Es vergingen somit 5 Jahre vom Antrag Prof. Wiskotts auf Wiedererrichtung des Extraordinariats für Kinderchirurgie bis zu seiner Besetzung, oder anders gerechnet dauerte es 40 Jahre bis der kinderchirurgische Lehrstuhl, der nach Prof. Herzogs Emeritierung 1919 verloren ging, wieder in das Dr. von Hauner'sche Kinderspital zurückkehrte.

Die Krönung seiner akademischen Laufbahn erlebte Oberniedermayr, der heutige Nestor der deutschen Kinderchirurgie, mit der Anhebung seines Lehrstuhls in ein persönliches Ordinariat am 1. 1. 1966. Diese Rangerhöhung war nicht nur eine Auszeichnung für ihn selbst, sondern bedeutete zugleich einen Meilenstein in der Geschichte der Münchner kinderchirurgischen Abteilung und darüber hinaus eine Aufwertung der gesamten deutschen Kinderchirurgie.

Wenn man sich an die Verhältnisse des Jahres 1938 zurückerinnert, so sah es damals nicht so aus, als würde der Münchner Kinderchirurgie ein solcher Aufstieg beschieden sein. Seiner Zeit kam nämlich auf Oberniedermayr eine Entwicklung zu, die das Schlimmste für den Fortbestand seiner Abteilung befürchten ließ. Der Anstoß ging damals vom Präsidenten des Rechnungshofes des Deutschen Reiches in Berlin aus, der in einem Schreiben an das Bayerische Kultusministerium vom 19. 2. 1938 die Abtrennung der chirurgischen Abteilung von der

Kinderklinik und ihre Eingliederung in die Chirurgische Klinik verlangte. Das Ansinnen wurde bemerkenswerterweise mit nichts anderem begründet als mit der Feststellung, daß "die in München an der Kinderklinik bestehende chirurgische Abteilung an den sonst vom Präsidenten des Rechnungshofes untersuchten Universitäten kein Gegenstück finde."

Oberniedermayr verteidigte damals die bewährte Münchner Organisationsform mit größter Entschlossenheit. In seiner Stellungnahme vom 30. 3. 1938 (s. Anhang) führte er die schwere Einbuße an klinischer und wissenschaftlicher Wirkungsmöglichkeit vor Augen, die eintreten würde, wenn die seit 50 Jahren bewährte Institution geändert und aus dem Bereich der Kinderklinik gelöst würde. Er führte viele Gegengründe an. Er verwies auf die Komplikationen chirurgischer Art, die im Gefolge kindlicher Infektionskrankheiten auftreten können, also Fälle, bei denen sich eine Verlegung in die Chirurgische Klinik von selbst verbietet; er wies allgemein auf die Häufigkeit operativer Sofortmaßnahmen hin, die gerade bei unvorhergesehenen interkurrenten chirurgischen Leiden getroffen werden müssen; er machte auf die bekannten Schwierigkeiten in der Diagnostik abdomineller Erkrankungen im Kindesalter aufmerksam; er bemühte sich, klar zu machen, wie wichtig allein die Ernährungsfrage und ständige Kontrolle des Pädiaters bei der chirurgischen Behandlung von Neugeborenen und Säuglingen genommen werden muß u.v.a.m. Er konnte dabei auch die Erfahrungen bei der Poliomyelitisepidemie 1937 ins Feld führen, welche die Vorteile pädochirurgischer Teamarbeit besonders deutlich gemacht hatten. Er sprach auch die Verwaltungsvereinfachung an und hielt dem Rechnungshof vor, daß die für den Kinderchirurgen unentbehrliche Zusammenarbeit mit den Fürsorgestellten des Staates und der Gemeinden im Verband der Kinderklinik wesentlich einfacher gewährleistet ist." Wenn die Einrichtung einer chirurgischen Abteilung an der Universitätskinderklinik in München einzigartig ist, so kann das kein Grund sein, diese segensreiche Einrichtung abzuschaffen" empörte er sich.

In seinem Kampf um die Erhaltung der Abteilung stand aber Oberniedermayr nicht allein. Auch das Dekanat der medizini-

sehen Fakultät sprach sich gegen die Auflösung aus und brachte vor, daß gerade im Rahmen des Münchner Modells ausgezeichnete Chirurgen für die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters herangebildet worden sind. Ebenso machte Prof. Magnus, der Leiter der Allgemeinen Chirurgie, Bedenken gegen die vollständige Abwürgung der Kinderchirurgie geltend. Und wieder war es vor allem Pfandler, der zugunsten der chirurgischen Abteilung auf das Schärfste intervenierte. "Es kann und muß gesagt werden," schrieb er am 7. 4. 1938 (s. Anhang) an den Verwaltungsausschuß der Universität, "daß eine Auflassung der chirurgischen Abteilung an der Kinderklinik für deren Wirken und Arbeiten geradezu katastrophale Folgen hätte." In längeren Ausführungen legte er seine Auffassung vom ärztlichen Standpunkt aus dar, nicht ohne hervorzuheben, daß das Beispiel Münchens auch anderwärts die volle Zustimmung der Pädiatrie findet und z.B. Prof. de Rudder in Frankfurt, der die Segnungen einer chirurgisch-orthopädischen Abteilung in München kennen gelernt hatte, gleichartiges in Frankfurt sehr vermutet, trotz der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik. Pfandler hat den Prüfungsbeanstandungen des Rechnungshofes auch dadurch den Wind aus den Segeln genommen, daß er die günstige Finanzlage der Klinik anführte. Seine Überschüsse hatten nämlich im Jahre 1936 rund 70 000 RM betragen. "Die Kommission des Rechnungshofes hat sich über zwei Dinge gewundert" stellte er in seiner Entgegnung fest, "nämlich darüber, daß eine solche chirurgische Abteilung hier existiert und darüber, daß unsere Anstalt sehr namhafte jährliche Überschüsse erzielt. Ich bin in der Lage, diese beiden Rätsel gemeinsam zu lösen: gerade der Umstand, daß wir die chirurgische Abteilung im Hause haben, ermöglicht es uns, in weitem Umfang Kinder aufzunehmen oder aber die aufgenommenen hier weiter zu behandeln, die an anderen Kinderkliniken (ohne chirurgische Abteilung) von vornherein abgelehnt oder frühzeitig entlassen werden müßten, da die notwendigen Vorbedingungen für ein erfolgreiches Wirken angesichts eines nur internistischen Betriebes nicht gegeben sind. Würde unsere chirurgische Abteilung aufgelöst werden, dann wäre eine gewaltige Verminderung des Kreises der auf-

nehmbaren Kinder, namentlich auf dem sog. Grenzgebiete und der kombiniert chirurgisch und intern Kranken die Folge; es müßten alle eine operative Behandlung fordernden Patienten entlassen werden. Als einzige Krankenanstalt Münchens, an der pädiatrischer und chirurgischer Betrieb noch vereint oder benachbart ist, käme das Städtische Krankenhaus in Schwabing in Betracht. Die Kinderklinik aber würde durch diese Abwanderung eine mächtige Einbuße an Verpflegungsgeldern erleiden. Diese Einbuße könnte auch nicht durch Aufnahme von intern kranken Kindern auf die ehemals chirurgischen Betten ausgeglichen werden, weil die Angehörigen der Kranken weit mehr geneigt sind, für die handgreiflichen Leistungen des Chirurgen, für kleinere oder größere Operationen, für die Heilgymnastik, für Verbände etc. Kosten aufzuwenden, als wie für das rein internistische Behandeln."

Diese Gegenvorstellungen Pfaunders, von ihm als "dringendste Warnung" bezeichnet, haben sicher ihre Wirkung nicht verfehlt. Ob sein und Oberniedermayrs Vorgehen die Schließung der chirurgischen Abteilung bzw. ihre Zuteilung an die Chirurgische Klinik verhindert hat oder ob diese Pläne durch den Beginn des 2. Weltkrieges im Sande verlaufen sind, läßt sich nicht mehr feststellen.

Die Aufwärtsentwicklung, welche die chirurgische Abteilung unter der Ära Oberniedermayr erlebte, ist in hohem Maße dessen profilierter Persönlichkeit zu danken. Als er die Abteilung übernahm, vollzog sich der Führungswechsel gewissermaßen nahtlos. Im Geiste seines von ihm verehrten Lehrers Drachter führte er die Arbeit weiter, von dem tiefen Bewußtsein durchdrungen, daß bei allem wissenschaftlichen Engagement immer der Patient im Vordergrund des Denkens zu stehen hat. Seine vitale, verbindliche und weltoffene Wesensart übertrug sich in vorteilhafter Weise auf seine Mitarbeiter, so daß in der Klinik eine Atmosphäre freundschaftlich-harmonischer Zusammenarbeit entstand, die auch später in turbulenter Zeit ihre Bewährungsprobe bestanden hat. Entscheidungen wurden von ihm nicht kraft des höheren Amtes gefällt, sondern waren das Ergebnis sachlicher Gespräche und der daraus gewonnenen Einsicht. "Nicht durch autoritäre Strenge, sondern durch das Ver-

bild seiner Persönlichkeit", heißt es in einer Jubiläumsschrift seiner ehemaligen Mitarbeiter zu seinem 70. Geburtstag, "hat Prof. Oberniedermayr in seiner Klinik einen Stil geprägt, der in gleicher Weise wertvolle Überlieferung pflegte und fortschrittliche Ideen und Methoden einbaute - kein Zufall, daß es auch in seinen Vorlesungen niemals Disharmonien gab." An einem guten Verhältnis zu seinen Studenten war ihm überhaupt sehr viel gelegen. Die akademische Freiheit ging ihm über alles. Daß er sich bei der Fakultät und der Ärzteschaft des allergrößten Ansehens erfreute, ist aus den Universitätsberichten ersichtlich. Darin findet man auch bestätigt, daß er unter den deutschen Kinderchirurgen als Operateur, Kliniker und Wissenschaftler eine führende Stellung erlangt hat. 1959 vereinte er die deutschen Kinderchirurgen in der "Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie." 1963 gründete er die "Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie", deren 1. Vorsitzender er war und die auch seine geschichtlichen Verdienste durch Verleihung der Ehrenmitgliedschaft und die Wahl zum Ehrenpräsidenten auf Lebenszeit würdigte. Seine Anerkennung im Ausland kam in der Berufung zum Mitglied der "British Association of Paediatric Surgeon" und zum Ehrenmitglied der Spanischen Gesellschaft für Kinderchirurgie zum Ausdruck.

Das wissenschaftliche Lebenswerk Oberniedermayrs umfaßt die ganze Breite der operativen Kinderheilkunde unter Einschluß der Kinderorthopädie. Daß er sich auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie nicht praktisch betätigt hat, resultiert aus der bereits erwähnten organisatorischen Besonderheit der Münchner Verhältnisse. Zahlreiche Publikationen - sein Schriftenverzeichnis weist etwa 100 Nummern auf - legen Zeugnis ab von seiner wissenschaftlichen Produktivität. Besondere Verdienste erwarb er sich um die Fortschritte in der Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und des Hodenhochstandes. Den Höhepunkt seines wissenschaftlichen Schaffens bildet die Herausgabe seines weltberühmten 3-bändigen "Lehrbuches der Chirurgie und Orthopädie des Kindesalters", das 1959 im Springer-Verlag erschienen ist und zum maßgeblichen Standard-

Lehrbuch im deutschsprachigen Raum geworden ist. Der große Abschnitt über Chirurgie der Bauchorgane einschließlich der Leistenhernien stammt darin aus seiner Feder. In der Fachwelt ist sein Name auch bekannt geworden durch die operative Versorgung von siamesischen Zwillingen.

2. Die Weiterentwicklung der Kinderchirurgie

Bei Ausbruch des 2. Weltkrieges boten die Arbeitsbedingungen Oberniedermayrs folgendes Bild: die Abteilung befand sich, was Gebäudeunterhaltung und Ausstattung anlangt, in bestem Zustand. 1935 hatte abermals eine gründliche Renovierung stattgefunden, bei der alle Räume gestrichelt und zum Teil mit Linoleumbelägen versehen wurden. Die Operationsräume und Röntgenanlage wurden allen erdenklichen Anforderungen gerecht. Der Turnsaal, der von der chirurgischen und internen Abteilung gemeinsam benützt wurde, war für jede Art krankengymnastischer Behandlung eingerichtet. Die Belegungsfähigkeit belief sich auf 75 Betten, die zumeist vollständig besetzt waren. Die Operationsziffer war 1940 auf 1821 gestiegen. Neben dem Leiter waren 4 Assistenzärzte und 1 Medizinalpraktikant tätig. Der Assistentenstab bildete ein erfahrenes Team: Dr. Günter Hüsselrath gehörte seit 15. 10. 1933 der Abteilung an, Dr. Fritz Hauck seit 1. 10. 1934 und Dr. Wolfram Maier seit 1. 7. 1938; 1939 war noch Dr. Lutz bei Oberniedermayr eingetreten.

Mit Prof. Dr. Wiskott, der 1939 Prof. Pfaundler als Direktor der Kinderklinik abgelöst hatte, verbanden den Leiter der Kinderchirurgie freundschaftliche Beziehungen. Alfred Wiskott, geb. 4. 3. 1898 in Essen, hatte zwar erst am 1. 11. 1939 formell die Nachfolge Pfaunders angetreten, er hatte aber schon seit 1. 1. 1934 unter ihm gearbeitet und war seine rechte Hand. Bereits 1922 hatte er am Hauner'schen Kinderhospital seine pädiatrische Ausbildung begonnen und sich auch hier 1932 habilitiert. Seine Berufung an die Universitätskinderklinik in Marburg am 13. 7. 1937 bedeutete also nur eine 2-jährige Unterbrechung seiner Münchner Lebensaufgabe.

Fast ebenso lang wie Pfaundler, nämlich nahezu 30 Jahre, hat er als Ordinarius für Kinderheilkunde die Geschicke des traditionsreichen Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals gelenkt und dessen Ansehen gemehrt. Der Name dieses universellen Pädia- ters wird nicht nur in den Annalen der Anstalt mit Ehrfurcht genannt, sondern hat auch in der Wissenschaft angesichts seiner richtungsweisenden Veröffentlichungen und der Herausgabe seines erfolgreichen Lehrbuchs "Keller-Wiskott" einen guten Klang. Wiskott fiel die verantwortungsvolle Aufgabe zu, die Kinderklinik über die Kriegszeit hinwegzubringen. Dazu war er noch ab WS 1942/43 mit der Führung der Dekanatsgeschäfte belastet.

Die Kriegszeit wirkte sich in der Kinderklinik besonders ver- heerend aus. Denn der Luftkrieg erforderte, daß die Kinder im Alarmfall aus den verschiedenen Stockwerken in kürzester Zeit in den Keller transportiert wurden. Da die Klinik bis 1943/44 mit ca. 300 Kindern voll belegt war, konnten die Schwierigkeiten nur durch den aufopfernden Einsatz aller Kli- nikenangehörigen bewältigt werden. Vom 6. 11. 1939 - 28. 2. 1945 war die Klinik von nicht weniger als 159 Fliegeralarmen und 31 Angriffen betroffen (Miller, 1964), nicht eingerechnet die zahlreichen Vorwarnungen, welche die gleichen Sicherungs- vorkehrungen verlangten. Prof. Wiskott erinnert sich, daß während des Krieges über 250 mal die Keller aufgesucht werden mußten. Pfaundler hatte zwar in weiser Voraussicht schon frühzeitig Luftschutzkeller ausbauen lassen, die aber den im Laufe des Krieges immer stärker werdenden Angriffen nur teil- weise genügten. Bei den Angriffen auf München hatte die Kli- nik erstmals 1942 einige Schäden erlitten, aber ohne daß der Betrieb dadurch empfindlich gestört worden war. Bald verwan- delte sie sich aber in einen Kriegsschauplatz (Hilber, 1968). Zahlreiche Brand- und Sprengbomben rissen tiefe Wunden. Bei den Angriffen im Sommer 1944 wurde das Gebäude auf das schwerste getroffen. Dabei wurde auch die Station der chirur- gischen Abteilung ausgebombt. Vorseorglich war aber diese größtenteils bereits 1943 nach Ohlstadt bei Murnau verlegt worden, wo eine Haushaltsschule der Englischen Fräulein von Augsburg als Ausweichkrankenhaus eingerichtet worden war.

Eine weitere Ausweichstelle wurde in Kempfenhausen aufgemacht, die für kranke Säuglinge bestimmt war. Auch das Rekonvaleszentenheim der Kinderklinik in Emmering wurde zur Unterbringung von leichter Kranken herangezogen.

In Ohlstadt führte Oberniedermayr den Hauptbetrieb der Chirurgie unter behelfsmäßigen Umständen weiter. Er verfügte über 40-50 Betten und 1 Operationssaal. Die Operationstätigkeit war naturgemäß rückläufig, betrug aber immerhin 1945 noch 956 Fälle. In München war die ganze Klinik zuletzt nur noch als Aufnahmestation für dringende Notfälle unter sehr primitiven Verhältnissen ohne Dach und Beheizung benutzbar. Für die Chirurgie hielt dort Dr. Lutz mit 8-12 Betten, die im Kellergang des Altbaus aufgestellt waren, einen Notbetrieb aufrecht, behandelte aber vorwiegend nur ambulante Dringlichkeitsfälle und hatte keine Möglichkeit mehr zur Durchführung von größeren Operationen. Es ist ein Wunder und ein großes Verdienst des in München ausharrenden Klinikpersonals, daß trotz der schweren Bombenangriffe im Hauner'schen Kinderspital keine Verluste an Menschenleben zu beklagen waren.

In den Wirren der Nachkriegszeit wurde Oberniedermayr, ebenso wie Wiskott, durch die Besatzungsmacht seiner Stellung enthoben. Da er als Universitätsprofessor und Leiter eines staatlichen Krankenhauses nicht tätig sein durfte, hat er seit 1949 der Kinderheilkunde dadurch gedient, daß er in Oberammergau das chirurgische Kinderkrankenhaus "Sonnenleite" errichtet hat. Er konnte erst am 1.3.1954 wieder die Leitung der Münchner chirurgischen Abteilung übernehmen. Die kommissarische Leitung der Kinderklinik wurde bis zur Rückkehr Prof. Wiskotts anfangs 1948 von Prof. Dr. G. Weber wahrgenommen. Die kinderchirurgische Abteilung wurde 1945 von Dr. J. Goßmann kommissarisch versehen und nach dessen schwerer Erkrankung von 1946 - 1954 von Dr. Lutz betreut. Dr. Lutz sprang damals ein, ohne offiziell als Vertreter bestellt worden zu sein. Eine Einweisung in eine Oberarztstelle wäre auch gar nicht möglich gewesen, da eine solche Stelle infolge Transferierung an die interne Abteilung gar nicht mehr vorhanden war. Dr. Lutz hat aber trotzdem die Abteilung nicht

im Stich gelassen und leitete sie ohne Rang und Titel in vorbildlicher Weise bis zur Rückkehr Oberniedermayrs, der dieses hingebungsvollen Einsatzes in dieser Notzeit stets voller Dankbarkeit gedenkt.

Dr. Josef Lutz, geb. 6. 8. 1910 in Landau (Pfalz), der 1936 in Berlin das Staatsexamen ablegte und auch dort promoviert wurde, übte von 1939 - 30. 6. 1955 die Tätigkeit des Oberarztes an der kinderchirurgischen Abteilung aus. Der eigentliche Oberarzt Dr. Wolfram Maier stand während der Kriegszeit nur kurz zur Verfügung. Dr. Lutz wurde 1948 Facharzt für Chirurgie, der 1970 nach der neuen Facharztordnung auch auf das Gebiet der Kinderchirurgie ausgedehnt wurde, habilitierte sich 1954 und ist seit 1. 7. 1955 Direktor und chirurgischer Chef des Münchner Kinderkrankenhauses an der Lachnerstrasse, dessen Ausbau seiner Initiative zu danken ist. Die Einrichtung einer 2. kinderchirurgischen Abteilung in München ist somit sein Werk. In seiner Klinik, die 1964 vergrößert wurde und in der inneren Abteilung 100 Betten und in der Chirurgie 80 Betten umfaßt, werden in 2 Operationsräumen jährlich ca. 2000 Operationen ausgeführt, die sich auf sämtliche Gebiete der Chirurgie einschließlich der Orthopädie erstrecken.

Als Dr. Lutz im Hauner'schen ausschied, wurde Dr. Heinz Singer sein Nachfolger. Dr. Singer, geb. 5. 8. 1920 in Berlin, war nach der Rückkehr aus der Kriegsgefangenschaft von 1948-1953 an der Kinderheilanstalt Hannover und anschließend bis 1955 im städtischen Krankenhaus Hannover tätig. Er wurde 1949 in Marburg promoviert und habilitierte sich 1967 bei Oberniedermayr für das Fach der Kinderchirurgie mit dem Thema "Das disproportionale Wachstum des Skeletts. Klinische und experimentelle Untersuchungen und Beobachtungen." Dr. Singer hat 1965 nach dem Ausscheiden aus dem Hauner'schen die dritte in München bestehende kinderchirurgische Abteilung im Schwabinger Krankenhaus, die von dem Oberarzt Dr. Simon aus Leipzig begründet wurde und 1963 den Status einer selbständigen Abteilung erhielt, übernommen. Von ihm stammt die Bearbeitung des Kapitels Urologie in Oberniedermayrs Lehrbuch.

Wir finden überhaupt viele Schüler Oberniedermayrs später an führender Stelle in der Kinderchirurgie. Das gilt sowohl für Dr. Regenbrecht, den jetzigen Chefarzt der Kinderchirurgie in Regensburg, Prof. Helbig, der heute in Köln eine der größten kinderchirurgischen Abteilungen des Bundesgebietes leitet und Dr. Wolfgang Maier, den heutigen Chef der Kinderchirurgischen Klinik Karlsruhe, ebenso wie für Dr. Seidel, Dr. Erlenchbach und Dr. Schnur, drei in München niedergelassene bekannte Kinderchirurgen.

Der Wiederaufbau der Kinderklinik nach dem Kriege wurde beschleunigt in Angriff genommen nach einem Generalbauplan, der 6 Bauabschnitte umfaßt. Die Räume der Chirurgie waren nach Durchführung der Dacherneuerung und umfangreichen Innenarbeiten relativ bald wieder benutzbar. Ein Schornsteineinsturz hat, wie sich Wiskott erinnert, wesentlich dazu beigetragen, daß gerade im Altbau die Instandsetzung vorangetrieben wurde. Die rasche Bezugsfähigkeit des Gebäudes machte es möglich, das Schwergewicht der chirurgischen Abteilung ehestens wieder von Ohlstadt nach München zurückzuverlegen. Ohlstadt wurde zwar noch bis 30. 6. 1966 weiterbetrieben, aber sukzessive zum Rekonvaleszentenheim umgewandelt. Es hat allerdings noch bis Frühjahr 1961 gedauert, bis auch der Westflügel, in dem sich außer den Direktionsräumen und 2 Säuglingsstationen auch der Hörsaal befindet, in Betrieb genommen werden konnte. Erst von da ab konnten die Vorlesungen, die nach der Zerstörung des alten Hörsaals zuerst in der Universitäts-Nervenklinik und dann viele Jahre in der benachbarten II. Universitäts-Frauenklinik abgehalten wurden, wieder im eigenen Hause stattfinden. Im 4. Bauabschnitt wurde schließlich auf der Ostseite des Geländes der jetzige 3-geschoßige Neubau der chirurgischen Abteilung erstellt, der nach mehrjähriger Bauzeit, in der zahlreiche Änderungswünsche Oberniedermayrs Berücksichtigung fanden, im Frühjahr 1967 seiner Bestimmung übergeben werden konnte. Das Untergeschoß enthält namentlich die Räumlichkeiten für Aufnahme, chirurgische Nothilfen, Röntgenabteilung. Im Erdgeschoß und 2. Obergeschoß befinden sich die Krankenzimmer, im 1. Obergeschoß ist das Zentrallabor der Klinik untergebracht und im 3. Stockwerk wurde der Op-

Trakt eingerichtet. Die Belegfähigkeit beträgt 85 Betten. Darin sind 24 Betten enthalten, die für Langzeitfälle vorgesehen sind und im 3. Stockwerk des Westflügels in der chirurgischen Station 3 zusammengefaßt wurden. Nach Beendigung des 5. Bauabschnitts, der sich noch im Rohbaustadium befindet, wird sich noch die Möglichkeit zur Ausdehnung und auch zu einer veränderten Raumverteilung ergeben, aber mehr als 100 Betten sind auch für die Zukunft nicht angestrebt. Als Außenstelle der chirurgischen Abteilung konnte Oberniedermayr gemeinsam mit Dr. Wolfgang Maier 1961 ein Dysmeliezentrum errichten, in dem etwa 90 Contergankinder betreut werden. Dieses Ambulatorium für Dysmelien war zunächst in der Kapuzinerstraße eingerichtet und befindet sich seit 1. 9. 1969 im Gebäude der "Pfennigparade" in der Barlachstr. 32, wo 8 Behandlungsräume zur Verfügung stehen.

Als Oberniedermayr im WS 1936/37 mit seiner akademischen Lehrtätigkeit begann, hat er Drackers Vorlesungsprogramm unverändert übernommen, las aber zusätzlich "Diagnostik und Therapie in der Chirurgie des Kindesalters mit praktischen Übungen" 2-std. In diesem Umfang wurde der Unterricht auch nach vorübergehender Einführung der Trimestereinteilung (1940-41) bis Kriegsende fortgeführt. Bis 1945 hat Oberniedermayr auch in der allgemeinen Chirurgie geprüft. Nach dem Krieg wurde erstmals im WS 1951/52 der Unterricht wieder aufgenommen und in der Poliklinik über "Orthopädie des Kindesalters" gelesen. Ab WS 1952/53 nahm Oberniedermayr mit der 2-st. Vorlesung "Chirurgie des Kindesalters" wieder seine Lehrtätigkeit auf. Im SS 1960 trat auf Anregung Prof. Zenkers, der am 1. 10. 1958 aus Marburg nach München kam, eine entscheidende Änderung ein: die Kinderchirurgie wurde in die Pflichtvorlesung aufgenommen. Von nun an wurde neben Oberniedermayrs Spezialvorlesung auch in der 5-st. Hauptvorlesung: "Chirurgische Klinik I (unter Berücksichtigung der Bauch- und Gliedmaßenchirurgie, der Urologie und der Kinderchirurgie)" die Kinderchirurgie 1-stündig gelesen, damals noch im Hörsaal der Dermatologischen Klinik. Zur Ergänzung der Hauptvorlesung führte Oberniedermayr die 1-std. "Klinisch-chirurgische Visite" ein.

Auf wissenschaftlichem Gebiet wurde die Kinderchirurgie durch die Kriegsverhältnisse in ihrer organischen Weiterentwicklung stark zurückgeworfen. Die Forschungstätigkeit war im Kriege fast völlig zum Erliegen gekommen. Schon vor und erst recht nach dem Kriege war Deutschland vom internationalen Gedankenaustausch weitgehend ausgeschlossen. Persönliche Kontakte mit ausländischen Wissenschaftlern waren abgerissen. Inzwischen waren in England und den USA große kinderchirurgische Zentren entstanden und umwälzende Fortschritte gemacht worden. Auch Schweden konnte auf bedeutende Errungenschaften in der Kinderchirurgie hinweisen. Ganz neue, ungeahnte Therapiemöglichkeiten wurden jenseits des Ozeans entwickelt, während hierzulande das kinderchirurgische Wissen bei den Erkenntnissen von Drachters Lehrbuch stehen geblieben war (persönlicher Eindruck Dr. Lutz). Erst um die 50er Jahre drangen die ersten bedeutsamen Berichte über die neuen Errungenschaften des Auslands auch zu uns.

Dr. Lutz verfolgte mit Interesse die fortschrittlichen operativen Methoden Amerikas und führte sie im Hauner'schen Kinderspital ein. Etwa 1950 nahm er nach amerikanischem Vorbild die erste Hirschsprungoperation vor. In die Jahre 1954/55 fielen die ersten erfolgreichen Operationen der Oesophagusatresie. Um die gleiche Zeit ging Oberniedermayr dazu über, bei der chirurgischen Behandlung der Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten nach der Methode des Kanadiers LeMesurier zu operieren und sich von der seit Drachter geübten Operation nach der modifizierten Langenbeck-Methode abzuwenden. Als eigene Fortentwicklung ist dabei das mit dem Kieferorthopäden Dr. Derichsweiler aufgestellte Behandlungsprogramm hervorzuheben. 1955 wurde die erste Nierenbeckenausgangsplastik (Ureterabgangsstenose) durchgeführt und damit ein wichtiger Anfang in der organerhaltenden Nierenchirurgie gemacht. In zunehmendem Maße wurden auch auf dem Gebiet der Urologie die Fortschritte der organerhaltenden Chirurgie dem Kleinkind zuteil. In schneller Folge wurden schließlich auf allen Gebieten neuartige Methoden übernommen, erprobt und z.T. weiterentwickelt, in der Bauch- und Unfallchirurgie ebenso wie in der Orthopädie, die damals noch zum Arbeitsgebiet der chirurgischen Abteilung gehörte. Bis auf Herz und Lunge war die Skala der

chirurgischen Maßnahmen praktisch unbegrenzt, wobei die Behandlung von Mißbildungen, des Spezifikums der Kinderchirurgie, im Vordergrund stand. Die Behandlung des Klumpfußes, sowie der Trichterbrust nahm einen breiten Raum ein.

Am 2. 6. 1959 führte Oberniedermayr die erste erfolgreiche Trennung von siamesischen Zwillingen durch, nämlich eines weiblichen Xiphopagenpaares, das nicht allein durch Weichteilbrücken verbunden war, sondern bei dem auch eine Leberdurchtrennung stattfinden mußte. Bei früheren gleichartigen Operationen, die in der Weltliteratur beschrieben wurden, war entweder einer der Zwillinge gestorben oder es handelte sich lediglich um häutige Verwachsungen ohne Verbindung wichtiger Organe. Insgesamt 2 Xiphopagen und 1 Thorakopagenpaar hat Oberniedermayr bis 1968 getrennt und damit in der operativen Versorgung von siamesischen Zwillingen ohne Zweifel die größte Erfahrung aller Kinderchirurgen und die besten Ergebnisse zu verzeichnen.

Die Möglichkeit, über die Grenzen hinweg wieder wissenschaftliche Verbindungen anzuknüpfen und im Wege des Ärzteaustauschs die Fortentwicklung in anderen Ländern zu studieren, hat wesentlich dazu beigetragen, den Anschluß an den Standard des Auslands zu finden. 1959 hat Dr. Regenbrecht, der seit 1.1.1956 der chirurgischen Abteilung angehörte, in Liverpool die moderne Behandlung des Hydrocephalus mit dem Spitz-Holter Ventil kennengelernt und dieses Verfahren mit nach München gebracht, wo es von nun an einen festen Bestandteil des Operationsprogramms bildete. Frau Dr. Decker-Forlani, die Anästhesistin der Abteilung, erhielt Gelegenheit, in Göteborg eine Ausbildung in der Kinderanästhesie zu absolvieren.

Die Vervollkommenung der Anästhesie war in der Kinderchirurgie eines der brennenden Probleme der Nachkriegszeit. Die Intubationsnarkose war in München erst seit etwa 1952 allgemein gebräuchlich, vorher wurde gewöhnlich die rektale Avertin-narkose und gelegentlich bei kleineren Eingriffen noch Äther verwendet. Solange die kinderchirurgische Abteilung noch keine eigene Anästhesie besaß, wurde jeweils ein Anästhesist

aus der Anästhesieabteilung Prof. Zürns der allgemeinen Chirurgie beigezogen. Ab 1. 9. 1956 stellte Prof. Oberniedermayr Frl. Dr. Forlani als Anästhesistin ein und begründete damit die spätere Abteilung für pädiatrische Anästhesie der Kinderchirurgischen Klinik. Am 1. 10. 1962 kam Frau Dr. König-Westhues als zweite planmäßige Anästhesistin hinzu, die dann nach dem Ausscheiden Dr. Forlanis am 1. 6. 1965 an deren Stelle rückte. 1967 wurde eine 3. Planstelle für Anästhesie der kinderchirurgischen Abteilung zugeteilt.

Die technische Einrichtung der Anästhesie umfaßte 1963 3 Draeger-Apparate, 1966 wurde ein weiteres Gerät angeschafft und 1967 nach dem Bezug des Neubaus wurde die Ausstattung auf insgesamt 10 Draeger-Apparate erhöht. Außerdem war die Abteilung zu dieser Zeit mit einem Engström-Respirator für die Langzeitbeatmung, 2 Draeger-Baby-Assistors und 3 Couveusen für die Neugeborenen-Intensivstation versehen.

Den Verlauf der Operationstätigkeit von 1936 - 1968 zeigt nachstehende, zusammengedrückte Übersicht der wichtigsten Eingriffe:

Operationen im Jahr	<u>1936</u>	<u>1940</u>	<u>1945</u>	<u>1950</u>	<u>1955</u>	<u>1960</u>	<u>1965</u>	<u>1968</u>
insgesamt	1535	1821	956	1943	2063	1850	1743	2009
darunter:								
Hydrocephali	-	-	-	1	7	12	48	47
Lippen-, Ge- sichts- u. Gaumenspalten	87	141	66	98	133	214	233	260
Meningo- Myelocelen	12	12	12	18	24	28	23	24
Struma	2	1	1	1	1	3	2	4
Eingriffe a. Ösophagus	4	7	8	14	15	31	19	13
Eingriffe a. d. Lunge	1	2	-	-	1	2	3	-
Eingriffe a. Magen-Darm- trakt	19	33	55	30	66	71	48	69

Operationen im Jahr	<u>1936</u>	<u>1940</u>	<u>1945</u>	<u>1950</u>	<u>1955</u>	<u>1960</u>	<u>1965</u>	<u>1968</u>
Appendicitis	104	132	36	146	265	109	85	90
Leistenbruch	107	176	147	230	225	143	162	215
Anal- und Rek- tumatresie	9	11	7	10	8	25	28	27
Gallengangs- atresie	-	-	-	-	2	2	3	3
Urogenitalsy- stem (größere Operationen)	16	8	5	17	11	45	73	38
Retentio testis	7	3	10	41	47	44	117	207
Frakturen	106	88	40	86	83	61	72	76
Hüften	41	102	33	137	62	58	14	-

Die Personalentwicklung im ärztlichen Dienst seit 1955 ergibt folgendes Bild:

	<u>1955</u>	<u>1959</u>	<u>1960</u>	<u>1964</u>	<u>1965</u>	<u>1967</u>	<u>1969</u>	<u>1970</u>	<u>1971</u>
Direktor	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Leitender Oberarzt	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Akad.Ob. Rat	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Akad. Rat	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Oberarzt	-	1	1	1	1	1	1	1	1
Wiss.Ass.	4	7	8	12	12	12	12	12	14
Volontär- ärzte	2	1	-	-	-	-	-	-	-
MA	2	3	3	3	3	3	3	3	3

Außerdem wurden in der Regel in den Semesterferien 2 besoldete Famuli beschäftigt.

Das Dysmeliezentrum wurde bis 1964 von Dr. Wolfgang Maier und anschließend von Dr. Andreas Schnur betreut. Seit 1. 4. 1965

liegt die Leitung in den Händen von Dr. Ilse Coerdt. An Fachpersonal stehen ihr 3 Krankengymnastinnen und 3 Beschäftigungstherapeutinnen sowie 1 beratende Psychologin (aus dem Kinderzentrum Prof. Hellbrügge) zur Verfügung.

Dr. Coerdt, akademische Rätin der Universität, hat sich in mehreren wissenschaftlichen Abhandlungen mit kinderchirurgischen Fragen beschäftigt. Sie leitet seit 1. 8. 1969 die Abteilung für plastische Chirurgie in der Kinderchirurgischen Klinik. Bereits unter Oberniedermayr trat der heutige apl. Prof. Dr. K. Devens, der als leitender Oberarzt und Vertreter des Direktors der Klinik fungiert, in die kinderchirurgische Abteilung ein. Devens, geb. 26. 5. 1927 in Düsseldorf, legte 1952 das medizinische Staatsexamen ab und promovierte 1953 in Gießen mit der Dissertation "Die Schmerzbekämpfung durch Leukotomie und Topektomie." Nach chirurgischer Fachausbildung bei E. K. Frei und K. Voss-Schulte begann er 1959 am Alder Hey Children's Hospital in Liverpool seine kinderchirurgische Laufbahn. 1960 kam er nach München und bekleidete seit 1965 die 1. Oberarztstelle bei Oberniedermayr. Im Frühjahr 1971 erfolgte seine Ernennung zum apl. Professor. Seiner Habilitation am 3. 2. 1966 lag eine Arbeit über "Druck-Stromstärkebeziehungen der hepatalen Blutversorgung" zugrunde. Er ist bisher mit über 70 Publikationen und Vorträgen wissenschaftlich hervorgetreten. Gemeinsam mit Oberniedermayr hat er im "Kinderchirurgischen Operationsatlas" den Beitrag über "Chirurgie der kindlichen Bauchwand" geliefert. Anlässlich von Studienreisen nach den USA, Kanada, Australien und der UdSSR hat er die kinderchirurgischen Zentren dieser Länder kennengelernt.

Als sich Oberniedermayr im Jahre 1969 aus dem aktiven Leben eines Ordinarius zurückzog, kam der Wiederbesetzung seines Lehrstuhls besondere Bedeutung zu, nicht nur, weil er der einzige seiner Art in Deutschland war, sondern auch weil die Münchner Kinderchirurgie leistungsmäßig eine führende Position erlangt hatte und praktisch zum Orientierungsmaßstab für die deutsche Kinderchirurgie geworden war.

V.

DIE KINDERCHIRURGISCHE KLINIK SEIT DER BERUFUNG

VON W. CH. HECKER

Als Nachfolger Oberrniedermayrs wurde der Heidelberger Kinderchirurg Prof. W. Ch. Hecker nach München berufen. Mit ihm mündet die Geschichte der Münchner Kinderchirurgie bereits in die Aktualität der Gegenwart.

Bei der Übernahme des Lehrstuhls durch Hecker, die am 1.8. 1969 stattfand, trat die Eigenständigkeit der Münchner Kinderchirurgie besonders deutlich in Erscheinung. Nunmehr verwandelte sich die Professur in ein echtes planmäßiges Ordinariat. Damit wurde an der Universität München der letzte Schritt zur Verselbständigung der Kinderchirurgie und ihrer vollen Anerkennung als Lehrfach getan. Prof. Hecker wurde damit zum ersten Kinderchirurgen der Bundesrepublik, der auf ein planmäßiges Ordinariat für dieses Lehrfach berufen wurde.

Woldemar Christian Georg Hecker wurde am 15. 2. 1922 in Potsdam als Sohn eines Chirurgen geboren, studierte nach dem Krieg in Hamburg und promovierte dort 1951 mit dem Thema "Zur Frage der Behandlung der Schädelbasisfrakturen". Seine Pflichtassistentenzeit absolvierte er in Hamburg-Eppendorf zunächst in der I. Medizinischen Universitätsklinik und dann an der Chirurgischen Universitätsklinik, wo er weiterhin bis 1953 als Assistent tätig war. Daß er sich der Chirurgie zuwandte, geht auf Eindrücke zurück, die er von seinem Vater erhielt, der in Eberswalde eine chirurgische Abteilung leitete. In dem Wunsch, Chirurg zu werden, wurde er auch durch seinen ersten chirurgischen Lehrer Konjetzny bestärkt. Nach einer vorübergehenden geburtshilflich-gynäkologischen Tätigkeit im Städtischen Krankenhaus Elmshorn trat er am 1. 9. 1953 als 1. Assistent in die chirurgische Abteilung des Kinderkrankenhauses in Hamburg-Altona ein. In dieser Zeit wuchs sein Interesse an der Kinderchirurgie. Von 1957 - 1962 arbeitete er bei Prof. Linder in der Chirurgischen Klinik der Freien Universität Berlin, wo er sich auch 1962 für das Fach Chirurgie habilitierte mit der Arbeit "Problematik und Klinik der kon-

genitalen Atresien des Digestionstraktes". Als Prof. Dr. Linder im gleichen Jahr den Ruf als Ordinarius nach Heidelberg erhielt und die Leitung der dortigen Chirurgischen Klinik übernahm, folgte ihm auch sein Mitarbeiter Hecker nach Heidelberg und baute dort als Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik die Kinderstation zu einer eigenen kinderchirurgischen Abteilung aus. Die Heidelberger Kinderchirurgie gelangte unter seiner Leitung zu wachsendem Ansehen. 1966 wurde er zum planmäßigen Abteilungsvorsteher bestellt und am 29.6. 1967 zum apl. Professor ernannt.

Heckers besondere Arbeitsgebiete sind die Chirurgie der Neugeborenen, insbesondere der angeborenen Verschlüsse des Digestionstraktes sowie Fragen des Kryptorchismus. Er hat in mehr als 140 Arbeiten praktisch zu allen wesentlichen Fragen der allgemeinen Kinderchirurgie Stellung genommen und sich auch zu standespolitischen Problemen seines kinderchirurgischen Faches engagiert geäußert. Seine Lehrtätigkeit ist teils in Zenkers Hauptvorlesung "Chirurgische Klinik für Anfänger", teils in die Hauptvorlesung über Kinderheilkunde eingebaut.

Der Strukturwandel der Münchner Kinderchirurgie, der sich mit Heckers Amtsantritt vollzog, kam äußerlich darin zum Ausdruck, daß die "kinderchirurgische Abteilung" in "Kinderchirurgische Klinik" umbenannt wurde. Damit wurde zugleich der Möglichkeit Rechnung getragen, die Kinderchirurgie ähnlich wie in England in Spezialabteilungen zu gliedern. Der Ausbau von Spezialabteilungen, den bereits der Wissenschaftsrat in seinen Empfehlungen von 1968 gefordert hatte, war inzwischen eine unabwiesbare Notwendigkeit geworden, da an die Kinderchirurgie immer höhere Anforderungen gestellt werden und insbesondere die Münchner Kinderchirurgie in der Vielzahl der zur Behandlung kommenden Krankheitsbilder so gewachsen war, daß sie den Rahmen einer einzigen Abteilung längst überstieg. Die Verhältnisse liegen hier nicht anders als bei der Pädiatrie. Auch die Münchner Pädiatrische Klinik sah die Notwendigkeit der Einrichtung von Sonderabteilungen und hat mit der Bildung von Abteilungen für antimikrobielle Therapie, für pädiatrische Hämatologie, für pädiatrische Kardiologie und Onkologie sowie für Neonatologie eine Untergliederung vorge-

nommen.

Diese Subspezialisierung ist die unvermeidliche Auswirkung des Differenzierungsprozesses in der Medizin. Hecker hat die Zwangsläufigkeit dieser Entwicklung erkannt und die Einrichtung von Spezialabteilungen im Interesse der Klinik und Forschung schon gleich bei seiner Berufung zum Programmpunkt seiner Tätigkeit gemacht und fand hier die volle Unterstützung des Direktors der Kinderklinik, Prof. Betke. Eine neue Phase der Kinderchirurgie scheint damit eingeleitet worden zu sein. Das junge Fach "Kinderchirurgie" scheint an einem Punkt angelangt zu sein, wo es zumindest an Universitäten nicht mehr genügt, lediglich einen "Allgemeinchirurgen für das Kind" zu fordern.

Entwicklungsgeschichtlich läßt sich der Vorgang der fortschreitenden Spezialisierung der Kinderchirurgie gerade am Beispiel des Hauner'schen Kinderspitals gut beobachten. Man kann dabei 4 Etappen unterscheiden: Am Anfang, vor jetzt 125 Jahren, stand die Person Hauners als Universaltherapeut, der dem Wesen seiner Zeit entsprechend pädiatrisch und chirurgisch gleichermaßen bewandert war und ohne weiteren Spezialisten auskommen konnte. Im folgenden Entwicklungsstadium, in dem sich die Chirurgie immer weiter zum Spezialfach ausbildete und nicht mehr von jedem Arzt beherrscht werden konnte, sehen wir den Fachchirurgen in der Kinderklinik tätig werden, allerdings nur nebenberuflich, wobei er das Kind als "kleinen Erwachsenen" operierte. Diese Behandlungsform tritt uns zur Zeit Nußbaums in den 50er bis 70er Jahren des letzten Jahrhunderts deutlich entgegen. In der 3. Etappe, die mit der Angliederung des Hauner'schen Kinderspitals an die Universität begann, setzt sich die Erkenntnis durch, daß die operative Behandlung des Kindes spezielle Kenntnisse und Erfahrungen verlangt, die nur durch hauptamtlich im Kinderspital beschäftigte Chirurgen erworben werden können. Dies ist die lange 85-jährige Entwicklungsperiode von Angerer bis Oberniedermayr, in der das Berufsbild des Kinderchirurgen geprägt wurde. Nunmehr zeichnet sich als 4. Etappe seit 1969 die Subspezialisierung als die kommende Organisationsform der Kinderchirurgie ab. Sie ist die Konsequenz der Tatsache, daß die verschie-

denen Detailgebiete immer umfangreicher und für den einzelnen immer weniger überschaubar werden und daher einzelne Kinderchirurgen das Schwerkgewicht ihrer Tätigkeit entsprechend ihrer Begabung und Erfahrung in eine bestimmte Richtung lenkten.

Die Untergliederung in ärztlich selbständige Verantwortungs- und Arbeitsbereiche innerhalb der Kinderchirurgischen Klinik hält Hecker bei einer Reihe von Spezialgebieten für geboten und zwar für die pädiatrische Urologie, die pädiatrische plastische Chirurgie, die pädiatrische Anästhesiologie und für die experimentelle und operative Paedologie. Diese Gebiete werden geleitet von Prof. Devens, Dr. Coerdts, Dr. König-Westhues und Dr. Hollmann. Prof. Hecker vertritt die allgemeine Kinderchirurgie. Es arbeiten somit in der zur Zeit 85 Betten umfassenden Kinderchirurgischen Klinik 5 eigenverantwortliche Spezialisten. Da in München kein kinderchirurgisches Forschungslaboratorium vorhanden war, hat Hecker nach Übernahme des Ordinariats ein solches neu geschaffen.

Die neue Epoche der Subspezialisierung wirft natürlich in verstärktem Maße die alte Problematik auf, wo Umfang und Grenzen der Kinderchirurgie liegen und wie ihr Verhältnis zur Allgemeinchirurgie zu beurteilen ist. Man kann wohl die Abgrenzung der Kinderchirurgie von der allgemeinen Chirurgie noch auf lange Zeit hinaus nicht exakt festlegen. Auf jeden Fall wird man dabei keine doktrinären Maßstäbe anlegen dürfen, sondern nur nach pragmatischen Gesichtspunkten verfahren müssen. Hecker (1968) beleuchtet die Situation mit folgendem Zitat: "Es wird noch lange unmöglich sein, zu entscheiden, welche chirurgischen Fälle direkt den Kinderchirurgen überwiesen werden sollen. Die Geschichte des Krankenhauses, die Lokumstände, die persönlichen Erfahrungen sowie Eifer, Interesse und Verantwortung werden bestimmen, wer was tut!"

Die Überschneidungen der Kinderchirurgie mit anderen Fachdisziplinen können ohne Zweifel in der Praxis manche Schwierigkeiten mit sich bringen. "Es hat aber auch etwas Gutes", stellt Rehbein (1967) fest, "wenn die Grenzen nicht starr aufrechterhalten werden. Die Möglichkeit wechselseitiger Anregung und Befruchtung ist gegeben. Sie sollte erhalten

bleiben, solange man sich daraus Vorteile und Nutzen für das Kind versprechen darf."

Genauso wie die Kinderchirurgie kein Monopol für sich beanspruchen will (Hecker, 1968), möchte sie andererseits nicht versäumen, die in der Differenzierung liegenden Möglichkeiten zu ergreifen. Deswegen wird sie zur Subspezialisierung gedrängt. Nur dadurch läßt es sich erreichen, den Standard kinderchirurgischer Leistungsfähigkeit laufend zu verbessern. Daß durch eine gezielte, wohlüberlegte Spezialisierung dem Fortschritt am besten gedient werden kann, beweist die Entwicklung im anglo-amerikanischen Raum. Die gegenteilige Ansicht Meißners (1965) der nur eine "komplexe Kinderchirurgie" gelten lassen will, die keine Aufteilung in Spezialrichtungen gestattet, erscheint ebenso bedenklich wie seine Warnung vor den Gefahren der "Überspezialisierung" berechtigt ist. Natürlich darf die Subspezialisierung nicht soweit gehen, daß der Überblick über das Fachgebiet verloren geht und "die Verantwortlichkeit für den kranken Menschen infolge der Aufteilung an lauter organgebundene Medizin von keinem der Spezialisten voll getragen wird."

Auch nach der Umbildung der Münchner Kinderchirurgie in eine Klinik durch Prof. Hecker ist die organisatorische Einheit der Universitätskinderklinik in keiner Weise beeinträchtigt worden. Hinsichtlich Verwaltung und Schwesternschaft liegt die Leitung nach wie vor bei dem Direktor der Gesamtklinik, Prof. Betke, der 1967 nach der Emeritierung Prof. Wiskotts an dessen Stelle getreten ist. Darüber hinaus ist sogar durch Zusammenfassung verschiedener Dienstleistungseinrichtungen die Vereinheitlichung noch weiter gefördert worden. So wurde das Routinelabor der chirurgischen Abteilung samt Personal vom Zentrallabor der Kinderklinik übernommen und die chirurgische Röntgenabteilung der zentralen Röntgenabteilung der Klinik einverleibt. Zentralisiert wurde auch die Photoabteilung, die Bibliothek und die Krankengeschichtenarchivierung.

Heckers Hauptanliegen bildet noch die Einrichtung einer sog. chirurgischen Neugeboreneneinheit im Rahmen des 5. Bauabschnittes des Generalbauplans für die Universitätskinderkli-

nik. Die eigenen und die Erfahrungen des Liverpooller Kinderchirurgen Rickham im Alder Hey Children's Hospital haben gezeigt, daß der Schutz vor Infektionen das Kardinalproblem für das Überleben der Neugeborenen nach einer Operation darstellt. Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis muß die Errichtung einer speziellen chirurgischen Neugeborenenseinheit sein, die es erlaubt, alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, sowie die Pflege in dieser geschlossenen Einheit durchzuführen.

Über die umfangreiche Operationstätigkeit in der Kinderchirurgischen Klinik seit ihrer Übernahme durch Hecker geben dessen Jahresberichte Aufschluß, mit deren Herausgabe er eine alte Tradition des Hauner'schen Kinderspitals wieder aufnimmt. Im Rahmen dieser rein historischen Betrachtung darf darauf verzichtet werden, dem gegenwärtigen Operationsprogramm und der neuesten Operationsstatistik mehr zu entnehmen als die folgenden Angaben:

Stationäre Operationen im Jahr	<u>1969</u>	<u>1970</u>
insgesamt	2072	2248
darunter:		
Hydrocephali	59	77
Lippen-, Gesichts- und Gaumenspalten	244	169
Myelomeningocele	18	16
Eingriffe a. Oesophagus	11	15
Lungenresektionen	1	8
Eingriffe a. Magen-Darmtrakt	62	68
Appendicitis	62	34
Leistenbrüche	239	321
Anal- und Rektumatresie	12	26
Gallengangsatresie	6	5
Blasenspalten	3	2
Ureter-Neueinpflanzung einschließlich Refluxplastiken	21	41

Stationäre Operationen im Jahr	<u>1969</u>	<u>1970</u>
Nierentumoren	7	4
Retentio testis	201	280
operative Knochenbruchbehandlung	5	37
Syndaktylien	18	24
Stationäre Unfälle	99	185
Ambulanz:		
amb. Patienten insgesamt	5277	4357
amb. Operationen	916	824

SCHLUSSEBEMERKUNG

Das Haunersche Kinderspital und mit ihm die Münchner Kinderchirurgie können im Jahre 1971 auf eine 125-jährige Tradition zurückblicken, wobei seit 85 Jahren eine eigenständige kinderchirurgische Abteilung besteht. Das Anliegen dieser Untersuchung war es gewesen, diese Zeit im Brennglas der Geschichte zurückzuverfolgen und die wichtigsten Entwicklungsstadien deutlich zu machen.

Es hat sich dabei gezeigt, daß die Kinderchirurgie in München von ihren ersten Anfängen bis auf den heutigen Tag stets aufs Engste mit der Pädiatrie verflochten war und in dieser unausgesetzten Symbiose gewachsen und mündig geworden ist. Sie war also in jeder Entwicklungsphase strukturell so integriert, wie es den modernen Anschauungen entspricht. Eine so konsequente Entwicklung ist sonst nirgends in Deutschland anzutreffen. Es führt hier ein geradliniger Weg von Hauners Mietwohnung in der Sonnenstraße zur Entstehung eines neuzeitlichen Kinderzentrums. Dieser Weg brauchte auch nicht verlassen zu werden, als nach dem 1. Weltkrieg die altehrwürdige Mutter Chirurgie die sich anbahnende Emanzipation ihrer jüngsten Spezialität mit Argwohn beobachtet hatte. Ebensovornig konnten die Vereinheitlichungsbestrebungen vor dem 2. Weltkrieg die Münchner Kinderchirurgie von dem vorgezeichneten Wege abdrängen.

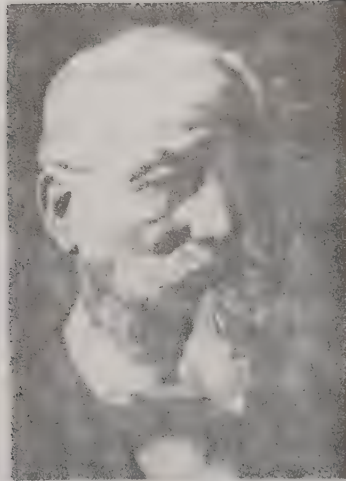
Der nunmehrige Status der Münchner Kinderchirurgie ist ein sichtbarer Beweis ihrer Dynamik und der erreichten Etablierung in der Gesamtmedizin. Die Kinderchirurgie ist heute überhaupt im Aufbruch begriffen. Ihre Bedeutung für die Kinderheilkunde wird immer größer. Parallel mit der Anerkennung ihrer Erfolge gehen heute die - nicht nur auf den Universitätsbereich beschränkten - Bemühungen um die Vermehrung kinderchirurgischer Behandlungstätten. Durch Neubauten versucht man ihre Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten zu verbessern. Auch in München wurde eben ein großzügiger Neubau für die kinderchirurgische Abteilung im Krankenhaus Schwabing für 116 Betten fertiggestellt. Unter Einbe-

ziehung der modernen chirurgischen Abteilung im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße ist somit eine beträchtliche Erweiterung der Gesamtkapazität der Münchner Kinderchirurgie innerhalb der letzten 10 Jahre festzustellen.

In der Vergangenheit wurzeln die Verhältnisse der Gegenwart, wurde eingangs gesagt. Auch der status quo der Münchner Kinderchirurgie ist das Ergebnis einer stufenweisen Progression, sich aufbauend auf den Leistungen der vorausgegangenen Zeit. Dies mußte auch Veranlassung sein, der führenden Wegbereiter, die der eindrucksvollen Entwicklung in den vergangenen 125 Jahren Pate gestanden haben, in diesem Rückblick besonders zu gedenken.

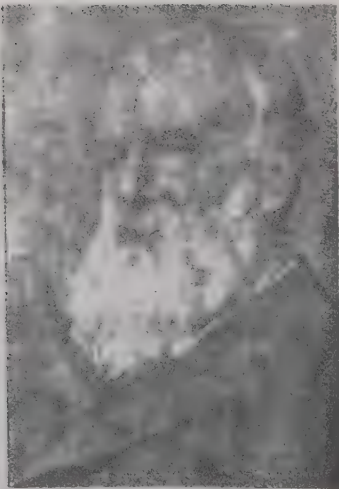
Anhang 1:

LICHTBILD - DOKUMENTATION



AUGUST v. HAUNER

* 29.10.1811 + 11.6.1884
Gründer des Kinderspitals
und Direktor 1846 - 1884



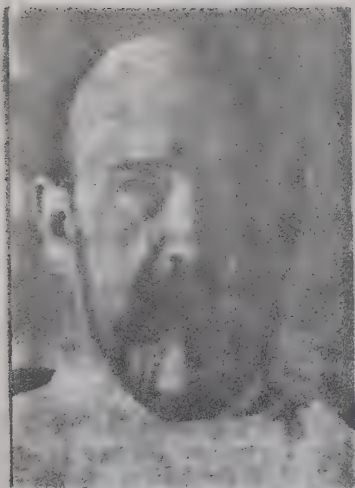
CARL THIERSCH

* 20.4.1822 + 28.4.1895
Operateur im Kinderspital
1850 - 1854



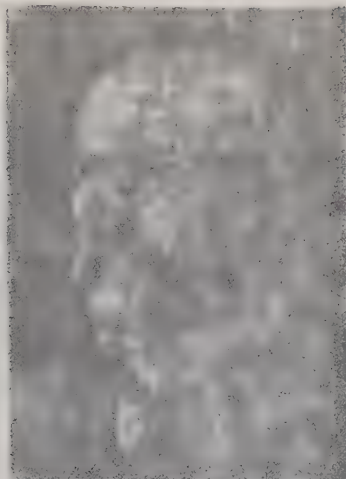
JOH. NEPOMUK Ritter v. NUSSBAUM

* 2.9.1829 + 31.10.1890
Operateur im Kinderspital
1854 - 1878



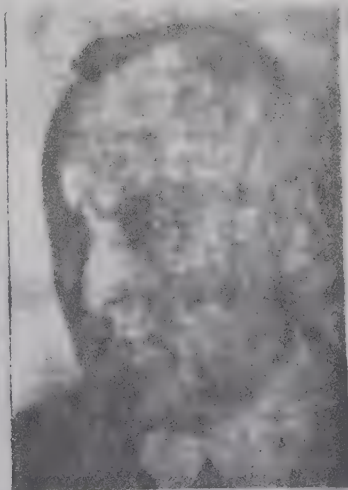
WILHELM HERZOG

* 27.2.1850 + 1.2.1931
Extraordinarius für Kinderchirurgie und Oberarzt
d. Kinderchir. Abtlg.
1892 - 1914/18



OTTMAR v. ANGERER

* 17.9.1850 + 12.1.1918
Oberarzt d. Kinderchir. Abtlg.
1886 - 1891



RICHARD DRACHTER

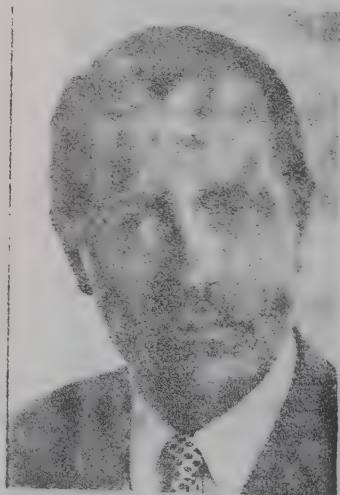
* 20.2.1883 + 21.3.1936
Oberarzt d. Kinderchir. Abtlg.
1914/18 - 1936



JOSEF LUTZ
 * 6.8.1910
 Leitender Oberarzt d.
 Kinderchir. Abtlg.
 1946 - 1954



ANTON OEBENIDNERMAYR
 * 31.10.1899
 Persönlicher Ordinarius für
 Kinderchirurgie u. Direktor
 der Kinderchir. Abtlg.
 1936 - 1969



WALDEMAR CH. HECKER
 * 15.2.1922
 O.ö. Ordinarius f. Kinderchir.
 u. Direktor d. Kinderchir. Klinik
 seit 1969



Das Dr.v.Hauner'sche Kinderspital
an der Lindwurmstraße
um 1883



Die Universitätskinderklinik im
Dr. v.Hauner'schen Kinderspital
an der Lindwurmstraße um 1911



Der Erweiterungsbau der Universi-
tätskinderklinik (Rohbau 1970)
mit angrenzendem Neubau der Kin-
derchir. Klinik von 1967

A n h a n g 2:

B R I E F - D O K U M E N T A T I O N

1. Schreiben der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München vom 27.7.1886 an den kgl. Akademischen Senat, betreffend die Übernahme des Dr. von Hauner'schen Kinderspitals
2. Schreiben des Dekanats der medizinischen Fakultät vom 5.7.1921 an den Akademischen Senat, betreffend die Wiederbesetzung der außerordentlichen Professur für Chirurgie des Kindesalters
3. Gutachten des Dekanats der medizinischen Fakultät vom 31.7.1922 über die Besetzung des durch den Rücktritt des Herrn Prof. Dr. Herzog freigewordenen Extraordinariats für Chirurgie
4. Schreiben der Chirurgischen und orthopädischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik vom 30.3.1938, betreffend Stellungnahme zum Schreiben des Präsidenten des Rechnungshofes des Deutschen Reichs vom 19.2.1938
5. Schreiben der Direktion der Universitäts-Kinderklinik vom 7.4.1938 an den Verwaltungsausschuss der Universität München betreffend Neuordnung der Verhältnisse bei den Universitätskliniken in München (Chirurgische Abteilung an der Kinderklinik)

Die unerschöpfliche Güte der
Königlichen Universität

Sehr geehrte
in Münster das D. von
Kauener sein Kinderstube

Königliche Universität

Hochachtungsvoll
a. d. Königl.
a. d. Königl. Universität
bilden wir uns in der
Ihre zu empfehlen.
Wir danken Ihnen sehr,
wie wir von jeder der
Zeit nicht zu trennen
sich Unterricht an unserer
Universität bedacht haben,
wie wir jetzt unter der
Oberleitung des Unterrichts
günstigsten Beschaffen
mit der Universität der
bei unseren Leistungen
und der damit verbundenen

sind ferner der Ansicht, daß man
 dem Umbilicolum eine besondere
 Aufmerksamkeit zugewandt
 werden müsse. — Wir begreifen
 mit der Einweisung des Kinder-
 spitals in die Zust der un-
 terschiedlichen Verhältnisse für
 die krankhaften Zustände der
 Unterleibsorgane folgende Hinweise.

- 1) Die poliklinische Poliklinik
 im Kaiserkrankenhaus;
- 2) Die poliklinische Klinik im
 Kinderspital sind
- 3) Das Umbilicolum in der
 Brust der Kinder ist ein
sehr wichtiges in einer der
 Unterleibsorgane zu
 suchen werden können, so
 wir uns für möglich. Wir
 glauben vielmehr nicht, daß
 u. v. Prof. Dr. Schmidt die
 Hinweis Ranke noch eine der
 Unterleibsorgane zu sein,
 welche sich nicht in der Brust
 der Kinder von der poliklinischen
 Unterleibsorgane untersuchen

wirklichen Auerkennung und
v. d. Prof. Dr. H. v. d. Hagen Dr. Alfred
Vogel überbringt. Auf den von
ihm eingesetzten Exkursions-
reisen hat Prof. Vogel mit
Freude bereit einen Teil der
Exkursionsreisen des Jahres 1888
überwachen auf seine Reisen
zu gehen und sich auf den
Anstellung des Kinderhospitals
für den von der Stadt das
Kinderhospitals in einem der
Kliniken des Kinderhospitals
des von der Universität auftragend
sich zu befähigen. Die wichtigste
Tätigkeit kann diese Exkursion
des Herrn Prof. Vogel mit
den besten Ergebnissen: gewinnen
für den von ihm eine Lehrkraft
haben. Wenn das, welche nicht nur
in der Klinik der Hagen in der
eine mehr als 20 jährige Klinik
Lehrkraft hat sich in Dorpat be-
findet, sondern auch in der in der
Anstellung des Hagen in der

[illegible]

Benutzungen:

Dies Herr Prof. J. Senke mit
dem Titel eines Oberarztes
der päpstlichen Klinik im
Kinderhospital mit der an-
erkennung der klinischen Anweisung
auf der internen Abteilung
des Kinderhospitals als Arzt
und ist zur Prüfung angenommen
wurde regelmäßig klinische
Vorlesungen und Vorlesungen
auf der gesamten Abteilung
abgehalten.

Aus der pflichtigen Abfertigung
des Kinderhospitals ausserhalb, so
kann man sich nicht auf Grund
der an der Klinik, öfteren klinischen
und pflichtigen Kinderhospitals
gesammelten Erfahrungen der
Abfertigung nicht verfehlen
dies für dieselbe ein angemessenes
Oberarzt vorgelegt worden
müsse n. J. ein Oberarzt, welcher
für diese seine Dienstleistung
genügende Zeit besitzt. Die

dafür, daß mit der Fortbildung
des Leibes auch eine Fortbildung
von den Abtheilungen des kör-
perlichen Lebens ausgeht und daß die Organisationsfähigkeit
nicht verfallen kann sehr zeit-
weilig ist, wofür eine
Fortbildung des körperlichen Lebens
von der Fortbildung des geistigen
sehr in der ganzen Entwicklung in
Uebereinstimmung ist. Die
müssen deshalb für die Fortbildung
des körperlichen Lebens
einen Weg finden und diesen
finden zwar nicht, welcher nicht
sehr verschieden mit anderen aus-
sehen und Unterchiede zeigen.
freier bezeugt ist und gleichsam
in der Fortbildung des kör-
perlichen, geistigen und des
Lebens, wobei ganz anders
Proportionalität der Fortbildung
Dr. Wilhelm Herzog bezeugen
zu sollen.

Die Verwendung dieser Summe
 ist freibestimmt d. H. Herzog
 zinn Obertrag der freibestimmten
 Einnahme des Kinderhospital
 verwendet werden.

Ob die Organisation im Hospitale
 besteht, die Einrichtungen der
 einzelnen leitenden Stellen,
 die Größe der Anlage, die
 Kommunikation des Hospitals u. d.
 betrifft, so glauben wir z. Z.,
 die nicht erkennbare Organisation
 zur Selbstverwaltung dieser einzelnen
 Fragen stellen, wichtiger Gesichtspunkte
 daselben uns anzustellen zu sollen.
 Wir glauben jedoch schon jetzt
 bestehen zu sollen, daß die Forderung
 sich verknüpfen muß, über die
 Organisation der Hospitale und
 über die Regelung der Einrichtungen
 geführt zu werden und daß die
 der Ansicht ist, daß die Hospitale
 nicht den Gesamtbetrieb als
 einer nicht vorgeschriebenen Aufgabe
 unterstellt werden und daß
 Einrichtungen das nun der Hospitale

Änderungen des von der höchsten

Halle festgestellten Besuchs
der Veränderung im Jahre
der Anstellung nicht einseitig von
der Direktion der Anstellung getroffen
werden können, sondern zum
Guthefassen der niedr. Fachlichkeit
entschieden werden müssen, und der
Herr Hofrath. v. K. v. K. v. K. v. K.
der höchsten Halle zu übermitteln
ist.

Verantwortung

der niedrigen Fachlichkeit

H. v. K. v. K. v. K. v. K.

H. v. K. v. K.

an
Akademischen Senat.

A b s c h r i f t .

Be t r e f f
Wiederbesetzung der ausserordent-
lichen Professur für Chirurgie
Kindesalters.

Die Wiederbesetzung der ausserordent-
lichen Professur für Chirurgie des Kin-

desalters, die nach der Emeritierung von
Prof. Herzog im November 1919 frei ge-
worden ist, hat der medizinischen Fakultät grosse Schwierigkeiten be-
reitet.

Das Extraordinariat war bisher verbunden mit der Oberarztstelle
der chirurgischen Abteilung des Hahnemannschen Kinderspitals. Diese Dop-
pelstellung mit einer Person zu besetzen, wäre nach Ansicht der Fakul-
tät die sachlich gegebene und ideale Lösung. Ihr stellen sich aber
Schwierigkeiten entgegen, die unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Seit dem Rücktritt von Prof. Herzog und schon vorher während
dessen Abwesenheit im Felde, hat der Assistent der chirurgischen Ab-
teilung des Kindesspitals, Privatdozent Dr. Drachter, die ärztliche
Leitung dieser Abteilung inne. Nach Aussage des Direktors der Kinder-
klinik, Prof. v. Pfäundler, hat er mit grossem Eifer seine Pflicht er-
füllt und sich unermüdlich der ihm anvertrauten Kinder angenommen.
Darüber hinaus hat er eine Reihe von wissenschaftlichen Publikationen
ausgeführt, die von Prof. v. Pfäundler hoch eingeschätzt werden. Schliess-
lich hebt Prof. v. Pfäundler das harmonische Zusammenarbeiten mit Dr.
Drachter hervor. Unter der Voraussetzung, dass Dr. Drachter die An-
forderungen, die eine Fakultät an ein selbständiges Extraordinariat
stellen kann, erfüllt, würde wohl die Fakultät auch dem Vorschlag
von Prof. v. Pfäundler, Dr. Drachter mit der Nachfolge zu betrauen, zu-
gestimmt haben. Indessen liegen die Verhältnisse so, dass nach den
eingeholten Gutachten die Fakultät Dr. Drachter die Qualifikation
für ein Extraordinariat nicht anerkennen kann. Es muss aber im Inter-

der akademischen Forschung unbedingt verlangt werden, dass
ein nicht, oder jeden falls noch nicht qualifizierter Kandidat
nicht berufen wird. Die Fakultät würde also
unter keinen Umständen Dr. Prachtler zum Extraordinarius vorschlagen
sich. Auf der anderen Seite aber erkennt die Fakultät die Wünsche
von Prof. v. Pfandlner als berechtigt an. Sie versteht, dass Prof. v.
Pfandlner Wert darauf legt, mit einem eingearbeiteten, ihm symp-
thischen und ihm vertrauten Chirurgen, die gemeinsame Arbeit zu
leisten.

Die Fakultät möchte diesem mit Nachdruck vorgebrachten Wunsch
von Prof. v. Pfandlner in Interesse der Harmonie entgegenkommen und
erlaubt sich dem akademischen Senat mit der Bitte um Befürwortung
bei dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus folgenden Vor-
schlag zu unterbreiten:

Das bestehende Extraordinariat für Chirurgie des Kindesalters
bis als auf weiteres umgewandelt in ein Extraordinariat für Chirur-
gie, das durch ein geübtes Berufsverfahren besetzt werden soll.
Die Kinderklinik besteht für die nächsten Jahre auf das Extra-
ordinariat, behält aber die Oberarztstelle, die schon vor der Schaffung
des Extraordinariats bei der Klinik bestanden hat. Diese Oberarztstelle
soll unter allen Umständen der chirurgischen Abteilung der Kinderklinik
zur Verfügung stehen und gegen eine Beförderung werden. Sie würde Dr. Pracht-
ner anvertraut.

Die Fakultät glaubt, dass mit dieser Lösung die bestehenden Schwierig-
keiten beseitigt werden, die Forderung von Prof. v. Pfandlner zur
Teilung kommen, andererseits aber auch vermieden wird, einen noch nicht
qualifizierten Chirurgen auf ein Extraordinariat für Chirurgie zu be-
rufen.

gez. Frank.
doz. Ekan.

Nr. 275.

V.k.H. befürwortet an das Staatsministerium für Unterricht und K
Nach den Mitteilungen der Senatoren aus der medizinischen Fakult.
wünscht auch die Fakultät sehr die Beibehaltung der ausserordentliche

Professur, hält jedoch das Verbleiben der Oberarztstelle bei der chirurgischen Abteilung der Kinderklinik für das vordringlichere und zwingende Bedürfnis, das daher nach Ansicht der Fakultät unter allen Umständen Befriedigung finden müsse.

München, 14. Juli 1921.

Der akademische Senat:

gez. Frank.

Ministerium der Medizinischen

Abchrift.

Fakultät

München.

Gutachten

über die Besetzung des durch den Rücktritt des
Herrn Prof. Dr. Herzog freigewordenen Extra-
ordinariates für Chirurgie.

Die Medizinische Fakultät hat bereits in einer
früheren Eingabe die Schwierigkeiten auseinandergesetzt, die
bei der Berufung eines Nachfolgers des Herrn Prof. Herzog ent-
standen sind. Sie hat dann als Ergebnis vielfacher Beratungen
den Weg vorgeschlagen, der ihr geeignet schien, Konflikte zu
vermeiden, die einheitliche Leitung des Kinderspitals zu ge-
währleisten, andererseits aber auch zu verhindern, dass das
Extraordinariat mit einem noch nicht qualifizierten Kandidaten
besetzt wird.

Der Vorschlag der Fakultät ging dahin, dass
Herr Privatdozent Dr. Drachter eine amtliche Oberarztstelle
erhält, dass aber das Extraordinariat von der Kinderklinik
gelöst wird, und als Extraordinariat für Chirurgie besetzt
wird.

Für dieses Extraordinariat hat die Fakultät
Herrn Prof. Stubenrauch bereits genannt.

In ihrer letzten Sitzung hat nun die Fakultät
beschlossen Herrn Prof. Stubenrauch für dieses Extraordinariat
ordnungsgemäss als einzigen Kandidaten vorzuschlagen. Herr
Prof. Stubenrauch steht im 59. Lebensjahre. Er hat durch eine
Reihe wissenschaftlicher Arbeiten, namentlich auf dem Gebiete

Als Chirurg und Arzt hat er sich bewährt. Seine Kurse sind be-
liebt und besucht, seine wissenschaftliche Einstellung und
die Gründlichkeit des Unterrichtes werden immer hervorgehoben.

Herr Professor Stubenrauch ist mehrfach übergangen
worden und die Fakultät fühlt die Pflicht, ihm jetzt durch den
Vorschlag zum Extraordinarius ihr Vertrauen und ihre Einschätzung
zum Ausdruck zu bringen. Die Fakultät hätte sicherlich auch
zum Oberarzte der chirurgischen Abteilung des Kinderspitals
vorgeschlagen, wenn nicht durch die besonderen Verhältnisse,
die hier bestehen, die Trennung der Oberarztstellung von dem
Extraordinariat der Fakultät als die richtige Lösung erschienen
wäre.

Die Fakultät legt Wert darauf, dass die Berufung des
Herrn Professor Stubenrauch erfolgt, bevor der Nachfolger des
Herrn Prof. K l a n s s n e r ernannt wird.

Im Namen der Fakultät bitte ich den hohen Senat den
Vorschlag der medizinischen Fakultät gutzuheissen und an das
Ministerium weiterzugeben.

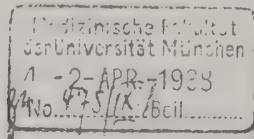
gez. Sauerbruch

derzeitiger Dekan

Chirurgische und orthopädische Abteilung
der Universitäts-Kinderklinik
im Dr. von Hauner'schen Kinderhospitale
Lindbormstr. 4 Fernruf 55621

München 2 SW, den 30. März 1938

Dozent Dr. A. Oberniedermayr
Leiter der Abteilung.



n
an Herrn Dekan der Medizinischen
Fakultät
München

Betreff: Stellungnahme zum Schreiben
des Präsidenten des Rechnungshofs des
deutschen Reichs an das Bayerische
Ministerium für Kultus und Unterricht,
vom 19. II. 38 Nr. V 11102.

Der Präsident des Rechnungshofs des Deutschen Reichs ist der Auffassung, daß die an der Kinderklinik München bestehende chirurgische Abteilung aus ihrem bisherigen Verband zu lösen und der Chirurgischen Klinik zuzuteilen wäre. Eine nähere Begründung wird nicht angeführt. Es heißt in dem Schreiben lediglich, daß die in München an der Kinderklinik bestehende chirurgische Abteilung an den sonst vom Präsidenten des Rechnungshofs untersuchten Universitäten kein Gegenstück findet. Dazu erlaube ich mir wie folgt Stellung zu nehmen:

Die chirurgische und orthopädische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München besteht seit der Gründung des Spitals (also seit über 50 Jahren) und ist neben den übrigen Abteilungen zu einem unentbehrlichem Bestandteil der Klinik geworden. Der erste Abteilungsleiter, Professor Dr. W. Herzog, hatte dazu ein Extra

Ordinariat für Chirurgie des Kindesalters inne. Sein Nachfolger, Professor Dr. Richard Drachter, leitete die Abteilung bis zu seinem Tod im Mai 1936, ab 1.X. 1936 wurde ich mit der Führung der Abteilung betraut. Diese umfaßt heute 75 Betten für chirurgisch kranke Kinder und ist entsprechend der Eigenart dieses Krankengutes, das sich vom Säuglingsalter bis zum 15. Lebensjahr erstreckt, eingerichtet. Die Operationsräume sind mit den modernsten Anlagen versehen, die Röntgen-Einrichtung wird allen erdenklichen Anforderungen gerecht. Die übrige klinische Abteilung enthält, wie dies eben für chirurgisch kranke Kinder gefordert werden muß, kleine Zimmer mit einer geringen Bettenzahl, dazu mehrere Isolierzimmer. Dazu kommt ein Turnsaal mit aller für die krankengymnastische Behandlung erforderlichen Ausstattung, der im weitesten Ausmaß von der internen wie chirurgischen Abteilung in Anspruch genommen wird. Neben dem Leiter der Abteilung sind 4 Assistenten und 1 Medizinalpraktikant tätig.

Ganz abgesehen davon, daß es also unmöglich wäre, diese Abteilung mit ihren modernen Einrichtungen und ihrem besonders geschultem Personal ohne schwerste Einbuße an klinischer und wissenschaftlicher Wirkungsmöglichkeit, die bei der derzeitigen Sachlage in so großem Umfang besteht, in eine andere Örtlichkeit zu verlegen, muß bedacht werden, daß der Charakter der Abteilung grundsätzlich verändert würde, ihre gerade in München besonders bewährte Eigenart völlig verloren ginge, wenn man sie aus dem Bereich der Kinderklinik löste.

Ich möchte in Folgendem besonders die enge Zusammenarbeit mit dem Internisten an unserer Klinik in den Vordergrund stellen und von dem rein chirurgischen Aufgabengebiet, das nicht nur was die chirurgische Behandlung, sondern gerade die chirurgische Diagnostik anbelangt ganz besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, nicht sprechen.

Diese Zusammenarbeit der Chirurgie mit der internen Medizin hat sich in unserem Hause ganz besonders glücklich und ideal entwickelt, eine Tatsache, die gerade für ärztliche Tätigkeit während des Kindesalters als unbedingt notwendig

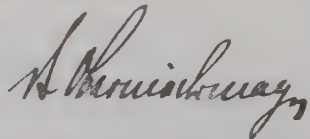
gefordert werden muß. Es ließen sich ein Unzahl von Beispiele anführen, die den täglichen wechselseitigen Gedankenaustausch beleuchten würden. Ich führe nur kurz an: Bei den Komplikationen chirurgischer Art im Gefolge kindlicher Infektionskrankheiten (wie Scharlach, Masern u.A.), den unendlich häufigen eitrigen Hauterkrankungen im Säuglingsalter mit Abszedierung ist tägliche Hinzuziehung des Chirurgen und zwar eines erfahrenen, älteren unerlässlich. Es ist bekannt, daß die Diagnostik abdomineller Erkrankungen im Kindesalter besondere Schwierigkeiten bietet und so wird der Chirurg sehr viel häufiger für unklare Fälle vom Internisten der Kinderklinik in Anspruch genommen, als wie dies bei Erwachsenen nötig ist. Auch hier kann wiederum nur ein auf diesem Gebiet erfahrener Chirurg wirklich segensreich wirken. Die Polio-myelitisepidemie des vergangenen Jahres zeigt als besonders deutliches Beispiel allen Beteiligten den Segen unserer Abteilungs- und ärztlichen Zusammenarbeit: Bei den akut schwerkranken Kindern konnte unter dauernder Kontrolle des Chirurgen u.A. mühevoller Schienenbehandlung der Bildung von Kontrakturen und so schwerer Krüppelhaftigkeit vorgebeugt werden. Wie wäre dies in solchem Umfang bei räumlicher Trennung von Internisten und Chirurgen möglich? Man denke an die Notwendigkeit sofortigen chirurgischen Eingriffs bei der Diphtherie, an andere unvorhergesehen interkurrente chirurgische Leiden, die einen, wenn auch nur kurzen Aufschub nicht erlauben und bei denen in unserer Klinik der chirurgische Dienstarzt sofort eingreifen kann. Fast täglich führen wir an Kindern jeden Alters für unsere Internisten lebensrettende Bluttransfusionen durch. Diese wenigen Beispiele beleuchten die Schwierigkeiten, die hier bei örtlicher Trennung der beiden Abteilungen eintreten müßten. Auf der anderen Seite verlangt allein die Ernährungsfrage beim Neugeborenen, im Säuglingsalter die ständige Kontrolle des Pädiaters, wenn solche Kinder wegen chirurgischer Leiden stationär behandelt werden müssen. Die Therapie von Geburtsfrakturen, schweren Nabelblutungen, Eiterungen sind erst dann erfolgreich möglich, wenn alle speziellen Einrichtungen einer

Kinderklinik in Anspruch genommen werden können.

Es kann keinen Zweifel unterliegen, daß bei größtem gegenseitigem Entgegenkommen und bei dem besten beiderseitigen Willen diese innige Zusammenarbeit nicht erreicht werden kann, wenn die chirurgische Abteilung örtlich getrennt von der Kinderklinik arbeiten muß. Es können nie so viele erfahrene ärztliche Kräfte zur Verfügung stehen, um diesen notwendigen gegenseitigen Kontakt aufrecht zu erhalten, und die Consultationen und Eingriffe so durchzuführen, wie es wünschenswert ist. Es darf weiter nicht vergessen werden, daß sich besonders für die Ausbildung der beiderseitigen Assistenten, dieses Zusammenleben an einer Klinik als außerordentlich vorteilhaft auswirkt. Daneben sei noch darauf hingewiesen, daß die für den Kinderchirurgen unentbehrliche gemeinsame Tätigkeit mit den Fürsorgestellten des Staates und der Städte im Bereich der Kinderklinik ganz wesentlich vereinfacht ist.

Wenn die Einrichtung einer chirurgischen Abteilung an der Universitäts-Kinderklinik in München (neben Leipzig) einzigartig ist, so kann das kein Grund sein, diese segensreiche Einrichtung abzuschaffen. Andere Universitäts-Kinderkliniken, die diese enge Zusammenarbeit mit dem Chirurgen nicht kennen, können deren Vorteil natürlich auch nicht genügend würdigen. Merkwürdigerweise sind die Verhältnisse an Anstalten außerhalb der Universität durchaus andere. Es gibt in Deutschland 10 - 15 Kinderabteilungen, die über besondere chirurgische Betten verfügen. Wir wissen, daß chirurgische Kinderkliniken in Deutsch-Österreich vorhanden sind (Graz) und daß besonders in Frankreich der Chirurgie des Kindesalters ein ganz besonderes Interesse entgegengebracht wird. Dort gehört zu jeder medizinischen Fakultät ein Ordinariat für die Chirurgie des Kindesalters. Die chirurgische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik München hat bisher enge Beziehungen unterhalten mit Kinderchirurgen aus Schweden, Italien und

Spanien, die zum großen Teil regelmäßig die Abteilung besuchten, um mit uns wissenschaftlichen Gedankenaustausch zu pflegen. Es würde auch von solcher Seite nie verstanden werden, warum wir in Deutschland eine Abteilung aufheben, die weit über unser Vaterland hinaus bekannt ist. Dazu muß noch bemerkt werden, daß meine Abteilung sich an der günstigen Finanzlage der Klinik sehr wesentlich beteiligt. Es läßt sich dies vielleicht mit einigen Zahlen belegen: Während im Jahre 1930 die Abteilung mit ihren 75 Betten 1196 stationäre Aufnahmen aufwies, erreichte sie im Jahre 1937 die Zahl 1715. Während im Jahre 1930 903 Operationen durchgeführt wurden, konnten wir im Jahre 1937 bereits 1855 in diesem Jahr durchgeführte Operationen zählen. Im Jahre 1930 wurden im Röntgenzimmer der chirurgischen Abteilung 1428, im Jahre 1937 2260 Röntgenaufnahmen gemacht.



Dozent für Chirurgie,
Leiter der Abteilung.

Direktion der Universitäts-Kinderklinik in München

Lindwurmstraße 4

(Professor Dr. M. von Pfaundler)

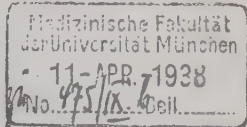
Fernrut 55621

MÜNCHEN, den 7. April 1938

Durch das Dekanat der Medizinischen Fakultät
an den

Verwaltungs-Ausschuss der Universität

München.



Betreff :

Neuordnung der Verhältnisse bei
d. Universitäts-Kliniken in München.
(Chirurg. Abteilung an d. Kinderklin.)

Zu Nr. 1170/III.

Gemäß Aufforderung des Verwaltungs-Ausschusses gebe ich zu
Punkt 2) der Mitteilung vom 25. Februar lfd. Jhrs. die folgende bericht-
liche Äußerung :

Die Frage der Auflassung der fast seit Spitalsgründung und min-
destens durch dreiviertel Jahrhunderte bestehenden chirurgischen Ab-
teilung kann man von zwei Gesichtspunkten aus behandeln, nämlich von
einem ärztlichen und von einem materiellen.

1.) Dass es vom ärztlichen Standpunkte aus einen immensen Gewinn nament-
lich für den Behandlungserfolg bedeutet, wenn in einem großen Kinder-
spital zwischen dem Internen und dem Chirurgen eine so innige Zusammen-
arbeit statthat, wie es in der Münchener Kinderklinik der Fall ist,
ist für jeden Arzt ohne weiteres einzusehen. Man bedenke, dass durch-
schnittlich mehrmals täglich von den inneren und den Infektions-
Abteilungen Anforderungen an die chirurgisch-orthopädische Abteilung
gerichtet werden. Die Zahl der Anlässe dazu ist eine ungemein große
und ich kann davon nur einen kleinen Teil der besonders häufig sich
ergebenden hier aufzählen : Operative Freilegung von Venen zum Zwecke
der im frühesten Kindesalter technisch oft sehr schwierigen Bluttrans-
fusion, nach der ungefähr täglich Bedarf auftritt. Operative Behandlung
von eitrigen Prozessen an den Mandeln, an den Lymphknoten, an der Haut ;
von anderweitig und intern, namentlich an Scharlach, Diphtherie, Rotlauf
etc. erkrankten Kindern, kleinen und größeren Abszessen, Phlegmonen,
Furunkeln, Panaritien, Knochenhautentzündung, Behandlung der jederzeit
in mehreren Fällen vorhandenen eitrigen Rippenfell- oder Bauchfell-
entzündungen. Ausführung schwieriger Punktionen aller Art, z.B. von
Herzbeutel, Gehirnventrikel, erkrankten Gelenken und Knochenmarkshöhlen,
Durchführung von Blutstillung bei hämorrhagischen Diathesen (Blutungs-
krankheiten), Vornahme des Luftröhrenschnittes bei Diphtherie, Anlegung
von Verbänden aller Art, namentlich bei Fällen von Kinderlähmung, von
tuberkulösen Gelenks- und Wirbelsäulenprozessen (diese gleichfalls
täglich), bei Mastdarmvorfall (Dysenterie); technisch schwierige diag-
nostische Eingriffe, wie insbesondere Cystoskopie, Ureterensondierung,
Proctographie nach beiderlei Verfahren; Beurteilung von schwierigen Re-

heiten, Blinddarmentzündungen, internen Bruch-Einklemmungen, Achsen-drehungen, Invaginationen etc. schwierigere Rectaluntersuchungen und Rectoscopien, Oesophagoscopien, Ausführung von Narkosen zum Zwecke sonst nicht durchführbarer Untersuchungen und vieles Andere mehr. In allen diesen und zahlreichen anderen Fällen muss der Chirurg an intern und namentlich an ansteckend kranken Kindern der verschiedenen Abteilungen eingreifen oder vorübergehend die Patienten auf seine Ab- teilung verlegen. Ein Hauptteil der Tätigkeit aller jeweils der chirur- gischen Abteilung zugehörigen Assistenten der Klinik vollzieht sich so- mit im Dienste der übrigen Krankenstationen des Hauses.

Meine Nachforschungen, ob es etwa möglich wäre, dass ein aus- gebildeter chirurgischer Facharzt von irgendwo her außerhalb des Spital- auf besondere Anforderung zur Vornahme der besagten Eingriffe oder Un- tersuchungen in die Kinderklinik komme, haben natürlich ergeben, dass dies unmöglich ist, da wie gesagt, solche Inanspruchnahme mehrmals bei Tage und recht oft auch zur Nachtzeit erfolgt. Keine selbständige chi- rurgische Klinik oder Abteilung wäre in solchem Umfange einem kleiner geschulten reifen Chirurgen zu Dienstleistungen abzustellen. Die Leistungen der chirurgischen Abteilung werden von den internen Stationen vollständig abgegolten durch gleichfalls ungelohnte Untersuchungen und Be- ratungen internistischer Art bei vorkommenden Grenzfällen der chirurgi- schen Abteilung, besonders betreffend die Ernährung und die Pflege oper- ter oder sonst chirurgisch kranker Säuglinge und Kleinkinder, auch be- treffend klare fieberhafte Zustände oder sonstige Zwischenfälle bei chirurgischen Patienten, bei Infektionsverdacht, bei Verdauungsstörungen usw. Solche pädiatrisch fachärztliche Intervention ist für alle größere chirurgischen Abteilungen, besonders aber wenn sie mit jüngeren Kindern oder gar Säuglingen belegt sind, nach unseren hiesigen Erfahrungen un- entbehrlich.

Alles in allem kann und muss gesagt werden, dass eine Auflässu- g der chirurgischen Abteilung an der Kinderklinik für deren Wirken und Ar- beiten geradezu katastrophale Folgen hätte.

Ich darf hiezu bemerken, dass dies nicht etwa eine zopfige Son- dermeinung meiner Person ist; vielmehr ist mir z.B. zufälligerweise von einem der jüngsten Ordinarien und Klinikdirektoren, dem Herrn Professor Dr. RUDDER in Frankfurt a.M. mitgeteilt worden, dass er trotz seiner aus- gezeichneten Zusammenarbeit mit der dortigen chirurgischen Klinik doch die chirurgisch-orthopädische Abteilung in seinem Hause sehr vermis- se, deren Segnungen er hier kennen gelernt hat.

Betreffend die mehr selbständige operative Tätigkeit der chir- gischen Kollegen hier verweise ich auf die Ausführungen des Herrn Doz. Dr. Oberniedermayr.

2.) Da die Anregung zu der in das ärztliche Wirken des Kinderspitales tief eingreifenden Veränderung nicht von einer ärztlichen Stelle, sondern vom Rechnungshofe des Deutschen Reiches ausgegangen ist, muss ich ver- muten, dass die Anregung mit wirtschaftlich-materiellen Fragen zusammen- hängt. Deshalb glaube ich auch auf diese Seite eingehen zu müssen, ob- gleich sie ja gegenüber der Bedrohung unserer Patienten wohl eine unter- geordnete Rolle spielt.

Die Kommission des Rechnungshofes hat sich bei ihrem Besuche in unserem Hause über zwei Dinge gewundert, nämlich darüber, dass eine solche chirurgische Abteilung hier existiert und darüber, dass unsere Anstalt sehr namhafte jährliche Überschüsse erzielt, die nicht mit der

anderen Zwecken der Staatsverwaltung und die für das Rechnungsjahr 1936 rund 70 000. M betragen haben. ... von der Lage diese beiden Rätsel gemeinsam zu lösen. Gerade der Umstand, ... wir

chirurgische Abteilung im Hause haben, ermöglicht es uns, in weitem Umfange Kinder aufzunehmen oder aber die aufgenommenen hier weiter zu behandeln, die an anderen Kinderkliniken (ohne chirurgische Abteilung) von vornherein abgelehnt oder frühzeitig entlassen werden müssten, da die notwendigen Vorbedingungen für ein erfolgreiches Wirken angesichts eines nur internistischen Betriebes nicht gegeben sind. Würde unsere chirurgische Abteilung aufgelöst werden, dann wäre eine gewaltige Verengerung des Kreises der aufnehmbaren Kinder, namentlich auf dem sogenannten Grenzgebiete und der kombiniert chirurgisch und intern Kranken die Folge; es müssten alle eine operative Behandlung fordernden Patienten entlassen werden. Als einzige Krankenanstalt Münchens, an der pädiatrisch und chirurgischer Betrieb noch vereint oder benachbart ist, käme das Städt.Krankenhaus in Schwabing in Betracht. Die Kinderklinik aber würde durch diese Abwanderung eine mächtige Einbuße an Pflegegeldern erleiden. Diese Einbuße könnte auch nicht durch Aufnahme von intern Kranken Kindern auf die ehemals chirurgischen Betten ausgeglichen werden weil die Angehörigen der Kranken weit mehr geneigt sind, für die handgreiflichen Leistungen des Chirurgen, für kleinere oder größere Operationen, für die Heilgymnastik, für Verbände etc. Kosten aufzuwenden, als für das rein internistische Behandeln.

Wenn immer wieder gesagt wird, dass andere pädiatrische Anstalten ohne chirurgische Abteilung auskommen (was nur vom deutschen Reich und auch nur von Universitäts-Kliniken, nicht von anderen Spitälern gilt) dann kann ich darauf hinweisen, dass mir unter diesen Kinderkliniken ohne chirurgische Abteilung keine bekannt ist, die überhaupt oder die annähernd in solchem Ausmaße für den Staat Gelder abwirft, wie es die hiesige Kinderklinik aus den sehr durchsichtigen hier angeführten Gründen zu tun in der Lage ist.

Die Aufhebung der chirurgisch-orthopädischen Abteilung an der Kinderklinik würde einen höchst bedenklichen Abbau bedeuten, dessen Folgen vielleicht nicht so sehr von der Ferne als von der Nähe erkennbar sind. Diese Folgen wären sowohl vom ärztlichen wie vom Geld-Standpunkte aus betrachtet ernst und nicht wieder gutzumachen. Ein persönliches Interesse meinerseits wird davon nicht berührt und umso mehr fühle ich mich imstande, ein wirklich zutreffendes und objektives Urteil abzugeben und die dringendste Warnung auszusprechen.

Zur Vermeidung von Missverständnissen bemerke ich ausdrücklich dass die Frage, ob die Chirurgie des Kindesalters als selbständiges Sonderfach der Medizin anzuerkennen sei oder nicht, natürlich gar nichts zu tun hat mit der anderen Frage, ob durch die am Kinderspital bestehende chirurgische Abteilung einerseits der Dienst am kranken Kinde und damit am Volkganzen, anderseits die finanzielle Bilanz der Anstalt günstiger gestaltet wird.

10

QUELLENANGABEN

1. Jahresberichte des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals
1846 - 1938
2. Operationsbücher der chirurgischen Abteilung im
Dr. v. Haunerschen Kinderspital ab 1936, soweit vor-
handen
3. Fakultätsprotokolle des Dekanats der medizinischen
Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München
1954 - 1958
4. Regierungsakten des Staatsarchivs München
 - a) RA 3679 / 57275 - 57278
 - b) RA 1088 / 15385
5. Akte des Bayerischen Hauptstaatsarchivs
Personalakte Dr. Herzog Wilhelm - MK 17739 -
6. Akten des Universitätsarchivs München
 - a) Rektorats- und Senatsakten 128
 - b) VA Y XII a 3
7. Akten des Bayerischen Staatsministeriums für Unter-
richt und Kultus
 - a) 5 a / 31 b 8
 - b) Personalakte Dr. Drachter Richard

LITERATURVERZEICHNIS

- Devens, K.: Notwendigkeit und Umfang des Sonder-
faches "Kinderchirurgie"
Der Landarzt 42, 721 (1966)
- Drachter, R.
Gossmann, J.: Chirurgie des Kindesalters.
Handbuch der Kinderheilkunde 9
Hrg.v.M.v.Pfaundler u. A.Schloßmann
Verlag F.C.W. Vogel, Leipzig 1930
- Drachter, R.: Wilhelm Herzog zum 70. Geburtstag.
Münch. Med. Wschr. 67, 215 (1920)
- Gruber, M.E.: Notizen über die operative Tätigkeit
auf der chirurgischen Abteilung des
städt. Krankenhauses München links. d.
Isar in den Jahren 1878 und 1879.
Dissertation, München 1883
- Hecker, W. Ch.,
Coerdts, I.,
Devens, K.: Anton Oberniedermayr zum 70. Geburtstag.
Bayerisches Ärzteblatt 24, 1156 (1969)
- Hecker, W. Ch.: Die Kinderchirurgie - ein anerkanntes
Mitglied der Chirurgenfamilie.
Medical Tribune 3, 7 (1968)
- Hecker, W. Ch.: Gedanken zur Kinderchirurgie.
Unveröffentlichte Niederschrift
- Hecker, W. Ch.: Neugeborenen- und Säuglingschirurgie.
Monatskurse für ärztl. Fortbildung 15,
126 (1965)
- Hecker, W. Ch.: Zum Standort einer kinderchirurgi-
schen Abteilung.
Der Kinderarzt 19, 59 (1971)
- Hilber, H.: Prof. Dr. Wiskott zum 70. Geburtstag.
Münch. Med. Wschr. 9, 566 (1968)
- Hollmann, G.: Experimentelle Untersuchungen zur
Pathophysiologie des hämorrhagischen
Schocks im frühen Kindesalter.
Habilitationssarbeit München 1971
(noch nicht veröffentlicht)

- Joppich, G.: Kinderheilkunde
Das Fischer Lexikon: Medizin 3,
(1959)
- Maurer, G.,
Hartl, H.: Zur Geschichte der Chirurgie in
Bayern
Urban u. Schwarzenberg, München 1960
- Meissner, F.: Zur Entwicklung der Kinderchirurgie.
Das Deutsche Gesundheitswesen 20,
553 (1965)
- Miller, U.: Zur Geschichte Münchner Kinderkran-
kenhäuser
Dissertation, München 1964
- Nußbaum, J.N.: Chirurgische- und Augenoperationen
1868/69.
Journ. f. Kinderkr. 28, 23 (1870)
- Nußbaum, J.N.: Medizinischer Bericht
Jahrbuch f. Kinderhk. 8, 27 (1874)
- Oberniedermayr, A.: Die Entwicklung der Kinderchirurgie
in Deutschland. Vortrag gehalten auf
der gemeinsamen Sitzung mit der 28.
Deutschen Gesellschaft für Kinder-
chirurgie am 22.9.1965
Mtschr. f. Kinderhk. 114, 217 (1966)
- Oberniedermayr, A.: Die Entwicklung der Kinderchirurgie
im Hauner'schen Kinderspital.
Vortrag gehalten auf dem Münchner
Pädiatrisch-chirurgischen Symposium
am 11.6.1969
- Oberniedermayr, A.: Erfolgreiche Trennung Siamesischer
Zwillinge.
Der Chirurg 30, 481 (1959)
- Oberniedermayr, A.,
Riegel, K.,
Westhues, G.: Die Münchner Siamesischen Zwillinge
(zusammenfassender Bericht über 2
Kiphopagen und 1 Thorakopagen).
Münch. Med. Wschr. 111, 1373 (1969)
- Oberniedermayr, A.: Abschiedsvorlesung vom 4.7.1969
- Peiper, A.: Chronik der Kinderheilkunde.
Georg Thieme, Leipzig 1958

- Pfaundler, M. v.: Die K. Universitätskinderklinik im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital zu München.
Bau, Einrichtung und Betrieb.
Müller u. Steinioke, München 1911
- Pfaundler, M. v.: Die Universitätskinderklinik und die Poliklinik im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital.
Festschrift der Universität München, 1927
- Ranke, H. v.: Zur Geschichte des Dr. v. Hauner'schen Kinderspitals.
Münch. Med. Wschr. 43, 749 (1896)
- Rehbein, F.: Kinderchirurgie in Deutschland.
Zeitschr. f. Kinderchirurgie 5, 1 (1967)
- Rudder, B. de: M. v. Pfaundler zum Gedächtnis.
Zeitschr. f. Kinderhk. 65, 283 (1948)
- Schmahl, H. J.: Chefarzt-Hock-Hack um die Kinderchirurgie ist zu Ende.
Westdeutsche Rundschau vom 2.10.1969
- Schmitt, A.: Exzellenz von Angerer gest.
Münch. Med. Wschr. 65, 245 (1918)
- Wibmer, C.: Medizinische Topographie und Ethnographie der K. Haupt- u. Residenzstadt München.
München 1862



Herrn Prof. Dr. W. Ch. Hecker bin ich für die Überlassung des interessanten Themas und das meiner Arbeit entgegengebrachte Interesse äußerst dankbar.

Ich danke ihm sowohl für seine zahlreichen Hinweise und Ratschläge, die mir eine wertvolle Hilfe waren, als auch für die Korrektur dieser Ausarbeitung.



Lebenslauf

Ich wurde am 26. 6. 1942 in München geboren und bin die Tochter des Oberregierungsdirektors Wilhelm Stummer und seiner Frau Elisabeth, geb. Haberl. Meine Schulzeit verbrachte ich in Prien (Chiemsee) und Donauwörth. An der Oberrealschule Donauwörth, die ich ab 1953 besuchte, legte ich 1962 die Reifeprüfung und das kl. Latinum ab. Bis 1964 widmete ich mich einem studium generale an der Universität München, außerdem habe ich in dieser Zeit in der Universitätsbibliothek gearbeitet, an einem hauswirtschaftlichen Lehrgang teilgenommen und einen Krankenpfordienst im Krankenhaus der Diakonissenanstalt München abgeleistet. Von 1964 - 66 absolvierte ich eine Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin an der staatlichen Lehranstalt für medizinisch-technische Assistentinnen am Max von Pettenkofer-Institut in München und war während des Praktikums im Krankenhaus Eilbeck in Hamburg (Zentralinstitut für das Bluttransfusionswesen) tätig. Nach erfolgreichem Abschluß dieser Berufsausbildung erhielt ich von der Regierung von Oberbayern die staatliche Anerkennung als medizinisch-technische Assistentin.

Im WS 1966/67 begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und legte hier nach 2 Semestern die naturwissenschaftliche Vorprüfung und nach weiteren 3 Semestern am 1.4.1969 die ärztliche Vorprüfung ab. Während der Famulatur war ich im Krankenhaus des III. Ordens in München-Nymphenburg, in der Chirurgischen Privatklinik Dr. Krecke und in der I. Universitätsfrauenklinik München beschäftigt. Nach dem WS 1971/72 werde ich mich der ärztlichen Staatsprüfung unterziehen.

